

L'ODONTOLOGIE

Châteauroux. — Typographie et Lithographie A. MELLOTTÉE.



L'ODONTOLOGIE

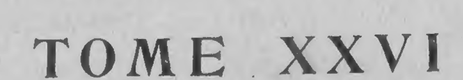
LA "REVUE INTERNATIONALE D'ODONTOLOGIE" ET "L'ODONTOLOGIE" RÉUNIES

DIRIGÉES PAR PAUL DUBOIS DE 1881 à 1896

REVUE BI-MENSUELLE

PARAISSANT LE 15 ET LE 30 DE CHAQUE MOIS

Organe de l'Association générale des Dentistes de France, de l'Ecole Dentaire de Paris & de la Société d'Odontologie de Paris.



TOME XXVI

2me Semestre 1901

21me ANNÉE. — 2me SÉRIE, VOL. XIII

RÉDACTION ET ADMINISTRATION

À L'ECOLE DENTAIRE DE PARIS, 45 Rue de la Tour d'Auvergne, PARIS.

21e ANNÉE. N° 13 15 JUILLET 1901 VOL. XXVI



L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

BULLETIN

LA SAISON PROFESSIONNELLE DE 1901

I. LONDRES : Fédération dentaire internationale. — Conseil exécutif. — Commission internationale d'enseignement. — Meeting annuel de la British dental Association.

II. AJACCIO : Association Française pour l'Avancement des Sciences. — Section d'Odontologie. — Fédération dentaire nationale.

Pour la première fois, se tiendra cette année-ci à Londres, du 4 au 7 août, la réunion du Conseil exécutif de la Fédération Dentaire Internationale (FDI), au moment du meeting annuel de la British Dental Association (BDA) ; comme corollaire aura lieu, également à Londres, la réunion de la Commission internationale d'enseignement.

De même, pour la première fois, se réunira à Ajaccio la section d'Odontologie, qui fait partie de l'Association Française pour l'Avancement des Sciences (AFAS). A la même époque une autre réunion aura lieu aussi à Ajaccio : celle de la Fédération Dentaire Nationale (FDN).

Il ne nous paraît pas inutile, à la veille de ces diverses réunions, de nous efforcer de montrer la formation, la constitution et le but de ces divers organismes, qui sont de création récente et de faire un rapide exposé,

pour les membres de la profession, de ces divers rouages qui dérivent tous du Congrès Dentaire International de 1900 (CDI). Nous avons mis à dessein les diverses abréviatious pour ne pas répéter incessamment les mêmes mots ; nous nous excusons d'avance de la forme algébrique.

I. Londres.

La Fédération dentaire internationale est l'union de tous les comités nationaux qui se sont constitués pour le Congrès dentaire international de 1900.

On se rappelle comment ont été constitués ces comités nationaux. Pour les pays où il existait une Fédération des sociétés professionnelles, par exemple en Amérique, en Angleterre, etc., la commission d'organisation du CDI s'est adressée, naturellement, directement à ces fédérations et leur a demandé de nommer un comité national. Pour les pays où il n'existait pas de fédération, la commission s'est adressée aux sociétés professionnelles de ces divers pays et leur a demandé de se mettre en rapport les unes avec les autres pour nommer un certain nombre de délégués, dans une proportion relative au nombre des membres de ces diverses sociétés. Nous rappelons à dessein ces faits pour montrer dans quel esprit libéral ces comités nationaux ont été constitués, et pour montrer que la FDI qui est formée de ces mêmes comités est bien la représentation autorisée des diverses sociétés dentaires du monde.

C'est ce qu'a pensé le Congrès dentaire international de 1900. Le Congrès a, en effet, décidé que cette fédération internationale serait créée et qu'elle serait constituée par les comités nationaux qui avaient été formés.

Nous venons de montrer par quelle suite de circonstances la FDI avait été constituée. Disons de plus que

ce groupe international admet dans son sein les sociétés ou fédérations de sociétés qui enverront leur adhésion et qui seront agréées.

La FDI s'est donné comme but :

— La préparation des réunions et congrès dentaires internationaux.

— La conservation et l'augmentation des liens qui rattachent les divers comités nationaux et les sociétés les uns aux autres.

— L'organisation des diverses commissions internationales qu'elle jugera utile de créer.

— D'une manière générale l'organisation de tout ce qui pourra contribuer à l'avancement de la science odontologique dans le monde entier.

La FDI est représentée par un Conseil exécutif qui a été constitué par les votes de l'Assemblée générale du Congrès du 14 août 1900, après libre discussion. Ce Conseil exécutif, administré par un Bureau, a comme attributions :

— De veiller à l'exécution du règlement de la Fédération.

— De fixer le lieu et la date des réunions internationales.

— De réunir les diverses commissions internationales.

— De poursuivre la réalisation des décisions prises par la FDI.

— D'examiner les propositions ou résolutions qui lui sont soumises par les Comités nationaux, Fédérations ou Sociétés.

Ce Comité s'est réuni pour la première fois à Paris, le 15 août 1900. Pendant l'année courante, deux réunions préparatoires ont eu lieu à Paris, l'une le 28 novembre 1900, l'autre le 27 mai 1901.

C'est dans ces réunions qu'il a été décidé que le Comité se réunirait pour la deuxième fois à Londres, du 4 au 7 août, pendant le meeting annuel de la BDA.

Cette réunion de Londres aura pour but de constituer un règlement de la FDI, de créer les Commissions internationales qui paraîtront nécessaires, d'étudier les conditions des réunions suivantes, ainsi que d'examiner les considérations présentes sur la date et le lieu de réunion du prochain Congrès dentaire international.

De même que le Congrès a décidé, dans sa séance du 15 août 1900, la création d'un Conseil exécutif représentant la FDI, ainsi que nous venons de le voir, de même il a décidé dans son assemblée générale de constituer une Commission internationale d'enseignement chargée d'établir un tableau des connaissances théoriques et pratiques que le dentiste doit posséder.

Cette Commission a été nommée par le Conseil exécutif et doit se réunir pour la première fois, à Londres également, à la même époque, au moment de la réunion annuelle de la BDA.

Cette Commission constituera son bureau, examinera les conditions d'étude de l'art dentaire au point de vue international, ainsi qu'un projet de fédération internationale des écoles dentaires. Quand nous aurons dit que ces questions, mises à l'ordre du jour de la réunion, seront argumentées par des hommes tels que Brophy, Harlan et Kirk pour ne parler que des délégués venus d'Amérique, nous aurons montré, pensons-nous, la portée des discussions qui se tiendront à cette séance.

Enfin, en dehors de ces réunions, aura lieu une Assemblée générale du Conseil exécutif, de la Commission d'enseignement et des délégués divers, réunion qui se tiendra dans les locaux de l'Université de Cambridge et qui promet d'être des plus remarquables.

Si nous rappelons que toutes ces réunions coïncideront avec le meeting annuel de la BDA, c'est dire que les réunions de Londres pendant ces quelques jours du mois d'août auront en plus une attraction

spéciale, et que, en dehors des questions scientifiques débattues à ces grandes assises annuelles de la forte association britannique, les membres présents peuvent être certains de la meilleure réception, de l'accueil le plus cordial, que nous avons été à même d'apprécier.

II. AJACCIO.

Pour la première fois, disions-nous au début de cet article, se réunira à Ajaccio, du 8 au 15 septembre, la section d'Odontologie récemment créée par l'Association française pour l'Avancement des sciences.

Cette vaste Association a été créée en 1872 par un groupe de savants qui adoptèrent comme devise « Par la Science, Pour la Patrie » et qui cherchèrent à étendre de Paris à la province, dans toutes les villes de notre pays, un groupement fermement condensé entre les savants et ceux qui s'intéressent aux recherches scientifiques.

Elle a été fusionnée avec l'Association scientifique de France, fondée par Le Verrier en 1864, et est reconnue d'utilité publique.

Il existe en Angleterre depuis 1837 une société analogue, intitulée « The British Association for the Advancement of sciences » qui, depuis plus d'un demi-siècle, a fortement aidé au développement de la science.

C'est sur cette institution qu'a été calquée l'Association française, ouverte librement à toute personne qui s'intéresse à la science.

Depuis sa fondation, l'AFAS, pour employer l'abréviation consacrée, a tenu ses réunions annuelles en province, sauf au moment des Expositions universelles de 1878, 1889 et 1900, où elle a tenu sa session à Paris.

Ces réunions en province donnent une vitalité nou-

velle aux savants de tous ordres de la région ; elles excitent les sociétés locales et régionales à travailler pour présenter les travaux dont elles se sont occupées.

Ces petits Congrès comprennent les membres de l'Association de tous les points de France et réunissent une moyenne de 500 membres, qui se déplacent d'autant plus facilement que les Compagnies de chemin de fer et la Compagnie transatlantique accordent des réductions considérables à l'occasion de chaque session.

Par les soins du Comité local, les visites et les excursions intéressantes sont facilitées à tous les membres, et ceux qui ont déjà assisté à quelques-unes de ces réunions sont heureux chaque année de se retrouver en commun.

De nombreuses relations scientifiques se sont établies, grâce à cette Association, qui reçoit à ces Congrès des étrangers qu'elle a invités.

Des subventions considérables, atteignant environ 400.000 francs, ont été dépensées depuis l'origine par la caisse de l'AFAS pour faciliter les expériences, les explorations, les publications.

Les ressources sont fournies par les souscriptions et les legs et l'année dernière elles s'élevaient à 1.300.000 francs.

Quatre groupes principaux se divisent en sections et en sous-sections. Les nombre des membres atteint presque 4.000.

C'est dans cette vaste Association, que le Dr Ch. Godon a pu arriver au moment du CDI, à faire créer une sous-section d'Odontologie. Le bureau de la Société d'Odontologie et le Conseil de direction de l'Ecole dentaire de Paris ont approuvé et appuyé sa demande, qui a été adoptée par le Conseil d'Administration de l'AFAS.

On sait qu'avant 1900 les sociétés professionnelles

françaises, qui n'étaient pas encore réunies pour former la Fédération dentaire nationale, avaient tenu quelques réunions, quelques congrès nationaux dont le premier avait eu lieu en 1895 à Bordeaux.

Les sessions suivantes avaient eu lieu à Nancy, Paris, Lyon et chaque fois il était nécessaire de former un bureau spécial local, un bureau central, parisien, et un bureau non régional, qui se partageaient les soucis de l'organisation des Congrès nationaux.

Le nombre des membres et l'importance des communications des divers congrès nationaux, ainsi que le succès du CDI de 1900, ont justifié la création de la sous-section d'Odontologie.

Désormais les dentistes pourront profiter des avantages moraux et matériels de l'AFAS, et nous espérons qu'ils viendront en foule à cette première session de 1901, qui présentera le plus grand intérêt, par suite des communications actuellement inscrites et dont on trouvera, d'autre part, l'énumération.

Désireux de rester dans son rôle de président de la Fédération dentaire nationale, M. le Dr Godon a tenu à restreindre l'initiative que lui permettait son titre de président de cette sous-section et à s'entourer des conseils des membres de cette Fédération, qui ont désigné le bureau comme comité consultatif de la sous-section.

C'est assez dire que les membres de la profession peuvent être assurés de trouver à la nouvelle subdivision de l'AFAS la liberté de pensée et d'action qu'ils avaient aux Congrès nationaux précédents[1].

C'est, à notre sens, dire également que la session présente s'intéresse, ainsi que le feront les sessions ultérieures, aux diverses questions qui composaient l'or-

---

1. Les Congrès dentaires nationaux ne sont pas supprimés pour cela, mais ils sont simplement ajournés jusqu'au moment où les sociétés professionnelles en décideront autrement.

dre du jour des questions des Congrès nationaux, c'est-à-dire non seulement aux questions d'ordre purement scientifique, mais aussi aux questions d'ordre technique, ainsi qu'aux questions d'ordre professionnel et social.

Au même moment, à Ajaccio, se réunira la Fédération dentaire nationale, car son bureau a pensé qu'il était bon de profiter de cette occasion pour tenir une réunion importante, avec les délégués divers qui viendront des divers groupements.

La FDN a été formée dans le même esprit que le Comité national qui avait été créé en vue du Congrès de 1900.

Elle comprend toutes les Sociétés qui ont adhéré à l'œuvre commune du CDI, ainsi que les sociétés qui se sont formées depuis et qui ont demandé à en faire partie.

Le bureau de la Fédération était formé précédemment des mêmes membres que le Comité national, c'est-à-dire qu'il émanait du vote librement exprimé des diverses sociétés françaises professionnelles. Ce bureau provisoire a pris soin de s'adresser à toutes les sociétés adhérentes pour leur demander de nommer à nouveau des délégués ou de confirmer les pouvoirs des délégués qui avaient été nommés par ces sociétés pour faire partie de la Commission d'organisation du CDI.

Il se trouve donc composé de délégués régulièrement nommés par les diverses sociétés.

La FDN a pour but:

La défense en commun des intérêts généraux de la profession, les relations internationales de la corporation, l'organisation des Congrès nationaux et internationaux.

Son organisation est analogue à celle que nous avons présentée pour la FDI.

* * *

Nous venons de faire le tableau des réunions qui se tiendront pendant la saison professionnelle de 1901.

Pour ceux qui ont accepté de faire partie du Conseil exécutif de la Fédération dentaire internationale, ou de la Commission internationale d'enseignement, le voyage à Londres est un devoir dont ils ne peuvent se départir sans manquer à l'engagement qu'ils ont pris en acceptant le titre qui leur a été conféré.

Les membres du Conseil exécutif ont manifesté l'intention de venir aux réunions de Londres et de Cambridge et nous comptons absolument sur eux à ces séances.

Quant aux membres de la Commission d'enseignement, nous avons reçu l'annonce du voyage d'un grand nombre d'entre eux, et nous comptons sur la venue de tous ceux qui pourront se rendre à cette importante réunion. Ce n'est qu'en se groupant en commun aux séances de cette Commission, chargée d'étudier les connaissances que doit posséder un bon dentiste, que nous pouvons espérer arriver à former un tableau général, indépendant et complet de ces connaissances, dans quelque pays que ce soit, et à faire triompher l'importance des études spéciales, des études techniques, de la partie opératoire de notre profession. C'est en profitant de l'expérience dans l'enseignement de tous les hommes qui font partie de cette commission, expérience indiscutable et acquise par une longue pratique internationale, que nous pouvons parvenir à battre en brèche l'opinion de nos adversaires qui ont comme mot d'ordre, quel que soit leur pays : « Médecin d'abord, dentiste ensuite, » et à assurer le succès de notre devise qui peut se résumer ainsi : « Bon dentiste d'abord, médecin ensuite, si possible. »

Et, quand ce tableau aura été établi sur des bases

prises dans tous les pays, après une discussion libre et courtoise, reposant sur les arguments des uns et des autres, ceux qui ont cette bonne foi dont on parle toujours et qui est si souvent enchaînée par les intérêts personnels, par l'esprit de caste, par des préjugés anciens, seront amenés à reconnaître l'excellence du programme dressé par les membres de cette Commission. Ce tableau des études dentaires, qui mettra en leur juste place la partie médicale et la partie dentaire de l'enseignement, ne pourra manquer de rallier tous ceux qui n'ont comme but que l'intérêt général et qui, n'étant inféodés à aucun groupe, veulent avant tout connaître les diverses branches utiles à l'exercice de leur art, telles qu'elles seront établies par les soins des meilleurs professionnels de tous les pays.

Et c'est à cause de l'importance des questions qui seront débattues dans cette Commission que nous adjurons tous ceux qui ont eu l'honneur d'être choisis pour en faire partie de se rendre à ces réunions de Londres et de Cambridge, et de faire valoir avec preuves et documents à l'appui, leur opinion complète sur la question, quelle que soit cette opinion, qui sera forcément variée, puisqu'elle sera le fruit de réflexions sur l'exercice de la profession dans les divers pays.

Tous les délégués des diverses Sociétés qui viendront assister à l'Assemblée générale de Cambridge, seront également les bienvenus et ils peuvent être certains de rencontrer parmi les organisateurs de ces réunions et parmi nos excellents confrères d'outre-Manche le meilleur accueil et la plus cordiale réception, ainsi que la plus grande liberté dans l'expression des idées qu'ils soutiendront, au nom de leurs Sociétés.

Nous venons de faire un appel aux dentistes de tous pays qui peuvent venir à Londres, soit comme membres des groupements dont nous avons parlé, soit comme

délégués des Sociétés dont ils font partie ; nous leur rappelons de plus qu'au même moment se tiendra le meeting annuel de la British dental Association, ainsi qu'une exposition très intéressante de fournisseurs, destinée à montrer les derniers perfectionnements de notre matériel et de notre outillage.

Nous voulons maintenant nous adresser plus particulièrement aux dentistes français, mais non à l'exclusion des dentistes étrangers, pour attirer leur attention sur l'importance qu'il y a pour eux à venir assister à la première session de la sous-section d'Odontologie de l'Association Française pour l'Avancement des Sciences.

En dehors des avantages matériels considérables[1] *qu'ils trouveront au sujet des divers moyens de transport qui ont consenti, comme d'habitude, à accorder aux membres de l'Association une réduction de 50 o/o, en dehors également des avantages fournis à tous ses membres par cette Association qui fonctionne depuis de nombreuses années, et qui est aidée et protégée par toutes les autorités de notre pays, ils pourront voir par le programme qui a paru tout l'intérêt des réunions qui doivent se tenir à Ajaccio du 8 au 15 septembre. Ils comprendront l'utilité qu'il y a à ce que cette première session comprenne tous les membres qui se sont rendus habituellement aux Congrès nationaux précédents, ainsi que tous ceux qui voudront profiter de cette époque de vacances pour joindre aux agréments d'un voyage bien organisé dans un pays superbe le profit de séances intéressantes, dans lesquelles des praticiens instruits leur feront part de leurs travaux et de leurs recherches pendant l'année qui vient de s'écouler.*

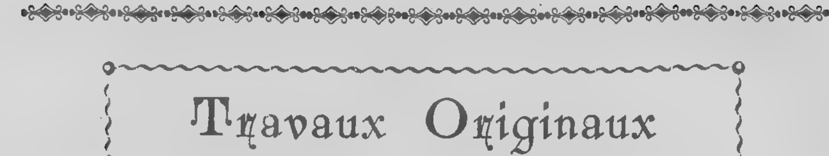
---

1. S'adresser pour tous renseignements à M. le Prof. Gariel, secrétaire de l'AFAS, 28, rue Serpente, ou à M. le Dr Godon, président de la sous-section d'Odontologie, 40, rue Vignon, Paris.

Ainsi donc, nous convions à Ajaccio tous nos confrères français qui aiment leur profession, qui s'intéressent à l'art qu'ils exercent, et nous espérons que notre appel achèvera de décider les hésitants, qui tiendront à remercier le Conseil d'Administration de l'AFAS de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la création de la sous-section d'Odontologie.

Donc, à Londres et à Ajaccio.

Dr E. SAUVEZ.



CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE DE LA STÉRILISATION DE LA DENTINE
EN VUE DE L'OBTURATION DES CAVITÉS

DÉMONSTRATION DE LA STÉRILISATION PARFAITE

Par M. J. Choquet,
Professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris. Séance du 4 juin 1901.)

J'ai démontré dans la séance du mois de mai de la Société d'Odontologie que des dents vivantes peuvent être pénétrées dans la totalité de leur masse par certains liquides, de façon à assurer une antisepsie parfaite permettant de détruire tous les germes microbiens cachés dans la profondeur des canalicules dentinaires.

La démonstration de la stérilisation parfaite n'aura lieu que ce soir et j'espère vous prouver d'une façon indéniable, irréfutable, que l'arrêt de la carie dentaire n'est pas une utopie.

Qu'il me soit cependant permis, avant d'aborder le sujet de ce travail, de répondre à la critique qui vient de m'être faite que la Société d'Odontologie n'a que la seconde édition de ce travail, vu qu'il a été présenté déjà à la Société de Biologie.

Si j'ai fait présenter mon travail à cette Société, c'est en connaissance de cause et je ne saurais trop adresser de remerciements à M. le Dr Malassez pour l'appui qu'il a bien voulu me prêter en pareille circonstance. Non seulement le Dr Malassez a présenté lui-même les résultats auxquels je suis arrivé, mais encore il a bien spécifié que ces expé-

riences avaient été faites par un professeur de l'École dentaire de Paris. Je ne pense donc pas que la Société d'Odontologie de Paris puisse prendre ombrage de ne pas avoir eu la primeur de mes recherches. Si j'avais présenté à nos confrères mes résultats en premier lieu, je me serais vu refuser la présentation à la Société de biologie, qui n'admet que des travaux inédits. Faisant partie du corps enseignant de la première école dentaire française et fier de compter parmi ses diplômés, j'ai jugé qu'en agissant ainsi, s'il y avait un peu de gloire à récolter pour moi, il y en aurait aussi un peu pour l'institution à laquelle je m'honore d'appartenir.

L'occasion se présentera à nouveau et de nouveau j'agirai comme je l'ai fait. Voyons maintenant de quelle façon nous pouvons assurer la stérilisation de la dent.

Dans la séance précédente j'ai attiré votre attention sur la nécessité de faire subir à l'organe qu'on veut désinfecter, que cet organe soit vivant ou qu'il soit mort, toute une série de manipulations basées sur les règles employées couramment en histologie.

Je reviendrai un peu en arrière et je diviserai le travail que je vais vous présenter de la façon suivante :

1° Préparation de la dentine ;

2° Pénétration de l'antiseptique dans les canalicules dentinaires ;

3° Réaction chimique permettant de mettre en évidence cet antiseptique ;

4° Stérilisation complète et démonstration au moyen de tubes de culture.

Je regrette vivement que notre confrère le Dr Mahé ne soit pas présent à cette réunion, car j'aurais répondu à l'observation qu'il fait dans sa lettre que, au cours de ma précédente communication, je n'ai pas parlé de l'article qu'il a publié dans un numéro antérieur de *L'Odontologie* sur la nécessité de la déshydratation en vue de l'obturation.

Je n'ai pas non plus parlé de M. Poinsot, qui, à ma connaissance, a été le premier à préconiser la déshydratation

au moyen de l'air chaud. Je n'ai pas non plus parlé du procédé de M. Bonnard, ni des divers procédés employés et préconisés par les différents praticiens depuis un grand nombre d'années, car cela m'aurait entraîné trop loin et aurait transformé mon travail en un véritable mémoire bibliographique.

Le seul praticien dont j'aurais pu parler, et je vais le faire ce soir, c'est le Dr J. Léon Williams, de Londres, que vous connaissez tous par ses publications sur la formation de l'émail et sa pathologie. Outre un praticien émérite, c'est un histologiste plus que distingué, mettant lui aussi en pratique les principes de l'histologie, et j'ai été un peu contrarié, je ne vous le cache pas, quand, il y a quelques jours, en faisant des recherches de bibliographie, j'ai trouvé dans le numéro de mai 1898 du journal américain *Items of Interest* une interview du Dr J. Léon Williams, interview dans laquelle, au sujet de la dentine *ramollie*, il préconise à peu près le même traitement que moi. La priorité appartenant toujours à celui qui a fait connaître par la voie de la presse scientifique un procédé quelconque, je dois donc m'incliner devant le Dr J. Léon Williams. Je ne sais en quelle année il a commencé ses recherches à ce sujet, mais toujours est-il que les miennes partent de février 1895, époque à laquelle je commençais à utiliser l'hydronaphtol en dissolution dans l'alcool et le xylol. Ce n'est qu'au fur et à mesure et par tâtonnements que je suis arrivé insensiblement au procédé opératoire que je vais l'indiquer.

En tous cas il est un point qui reste acquis : je ne cherche pas à faire seulement de l'antisepsie de la dentine ramollie, mais bien de la dentine qui paraît saine et je continue ainsi à suivre la ligne de conduite que je me suis tracée, c'est-à-dire empêcher la continuation de la carie sous des obturations.

En outre et surtout je suis le premier à avoir démontré d'une façon probante, au moyen de réactifs chimiques d'une grande précision :

1° La pénétration de l'antiseptique dans la dentine ;

2° La stérilisation complète de la dentine.

Il se produit souvent que deux auteurs arrivent aux mêmes résultats, à la même époque, et tout en ne se connaissant pas. Ce fut le cas pour Pasteur et Sternberg au sujet de la découverte du pneumocoque. Pasteur publia ses résultats dans le *Bulletin de l'Académie de médecine* de janvier 1881, tandis que Sternberg, qui était arrivé au même résultat sans connaître les expériences de Pasteur, publia les siens, identiques à ceux de son compétiteur, dans le numéro d'avril de la même année de l'*American journal of medical science.*

S'ensuit-il pour cela que les travaux de Sternberg n'avaient aucune valeur? Certainement non, puisque les résultats obtenus étaient identiquement les mêmes. Il en est donc de même, à mon avis, pour le sujet qui nous occupe, avec la seule différence que, si le Dr J. Léon Williams a été le premier à publier au moyen d'une interview son procédé de traitement de la dentine ramollie au point de vue de la stérilisation, j'aurai été moi le premier à prouver cette stérilisation complète non seulement de la dentine ramollie mais de la dentine sus-jacente à la pulpe et renfermant toujours, malgré son aspect d'intégrité, de grandes quantités de micro-organismes agissant à la longue.

Ceci dit, voyons à nouveau de quelle façon nous devons opérer pour obtenir une stérilisation parfaite :

1° Nettoyage mécanique de la cavité à obturer, au moyen de la fraise ;

2° Déshydratation, non pas au moyen de l'air très chaud, mais de l'air tiède, auquel on associe ensuite l'action énergique de l'alcool à des titres successifs et de plus en plus élevés jusqu'à l'alcool absolu ;

3° Séchage à l'air chaud et remplacement de l'alcool par le mélange alcool, xylène, essence de géranium et hydronaphtol.

De deux choses l'une: ou bien l'obturation peut être faite dans la même séance ou bien elle ne sera faite que vingt-quatre ou quarante-huit heures après.

1er *Cas*. — L'obturation sera faite immédiatement lorsqu'on se trouvera en présence d'une cavité de volume restreint dans laquelle il ne sera pas possible de maintenir une obturation provisoire.

2e *Cas*. — L'obturation ne sera faite qu'au bout de vingt-quatre heures, temps pendant lequel on laissera dans la cavité un pansement du mélange désigné ci-dessus, après l'avoir recouvert de gutta ou de cire. On peut, avec grand avantage, faire une pâte avec l'hydronaphtol et porter cette pâte dans le fond de la cavité, où elle sera maintenue par le pansement imbibé du liquide, recouvert lui-même par la gutta.

Il est un point sur lequel il faut insister : une fois les manipulations commencées, la salive ne doit jamais venir en contact avec la cavité.

Dans la séance précédente je vous ai montré deux blocs d'ivoire cylindriques, percés d'une cavité dans leur portion centrale.

Ces deux morceaux d'ivoire avaient contenu pendant cinq minutes une solution d'alcool, de xylène et de bleu de méthylène. Celui qui était traversé de part en part avait été employé à sec, après avoir subi les manipulations que j'ai indiquées. L'autre, au contraire, dans lequel le liquide colorant était resté localisé à la périphérie de la cavité, avait été plongé pendant une heure dans une solution salée et n'avait pas été séché.

Cela vous démontre déjà la nécessité d'agir et par la chaleur et par l'alcool à des degrés successifs.

J'agissais dans ce cas sur des tissus morts. J'ai voulu me rendre compte de ce qui se passerait sur des dents vivantes, *in situ*. A cet effet, j'ai extrait deux dents après avoir déposé pendant cinq minutes dans leur cavité le même pansement que celui qui avait été utilisé pour les blocs d'ivoire.

L'une, une première prémolaire supérieure droite, atteinte de pulpite, a subi la déshydratation par la chaleur et l'alcool à des titres successifs. Elle a été traversée de part en part.

L'autre, une dent de sagesse supérieure droite, évoluant en

dehors de la joue, n'a été traitée que par le nettoyage de la fraise. Le pansement est resté le même temps que pour la prémolaire, et cependant le réactif colorant n'a pas pénétré et est demeuré localisé exclusivement aux parois de la cavité.

L'expérience est donc concluante : pour faire pénétrer dans la masse d'une dent ou d'un tissu analogue un liquide composé d'alcool et de xylène, il faut au préalable faire subir à cet organe une préparation spéciale consistant dans la série des manipulations indiquées.

Une fois que je fus sûr que la pénétration pouvait s'effectuer dans la totalité de l'organe, je cherchai à me rendre compte si l'antiseptique qui était employé pénétrait bien, lui aussi.

Je fis une première expérience sur des blocs d'ivoire traités de la même façon que les deux blocs primitifs, mais avec la différence que l'hydronaphtol remplaçait le bleu de méthylène.

Le liquide déposé dans la cavité et recouvert d'un tampon de cire y séjourna vingt-quatre heures. Au bout de ce temps, le cylindre fut sectionné dans son axe, débarrassé du liquide, séché à l'étuve et examiné au point de vue de la réaction chimique.

Le réactif employé est le nitrate acide de mercure qui possède la propriété, lorsqu'il est déposé sur une coupe de dentine, de teinter cette dernière d'une façon différente suivant qu'elle contient ou non de l'hydronaphtol.

Dans le premier cas, la réaction obtenue est jaune foncé, tandis que dans le second elle est rose. Comme vous pouvez le voir, le bloc d'ivoire ayant subi le traitement préalable est traversé de part en part, tandis que le second présente une teinte rose sur toute la longueur de la section, à part une très légère teinte jaune localisée à la périphérie de la cavité.

J'ai voulu voir sur une dent destinée à l'extraction ce qui se produirait. Voici une petite incisive supérieure ayant occasionné de nombreux abcès et, de plus, atteinte de pyorrhée alvéolaire. J'ai vidé entièrement le canal pulpaire et,

après avoir opéré comme je l'indique, j'ai laissé pendant vingt-quatre heures une mèche du liquide hydronaphtolé, recouverte d'une obturation à la gutta.

Le nitrate acide de mercure nous montre que la totalité de la racine a été traversée principalement à la portion apicale.

Il restait à prouver que cet hydronaphtol agissait d'une façon efficace comme antiseptique sur les micro-organismes contenus dans la dentine saine ou ramollie.

Deux sortes d'expériences ont été faites à ce sujet :

1° Des dents cariées et occasionnant une arcade dentaire défectueuse ont été extraites après avoir subi pendant vingt-quatre heures le contact du liquide, les unes après avoir subi les manipulations indiquées, les autres après une simple et légère déshydratation au moyen de l'air tiède ;

2° Des prélèvements ont été faits sur des dents vivantes traitées ainsi qu'il est indiqué et obturées respectivement depuis trois ans, deux ans et un an et dans lesquelles j'avais été forcé de laisser une mince couche de dentine jaune au-dessus de la pulpe.

1er Cas. — Première molaire supérieure gauche. Carie second degré, face mésiale. La cavité est nettoyée aussi à fond qu'il est possible ; néanmoins il reste une portion de dentine jaune. Séchage, alcool à 75, 80, 99 et 100°, pansement pendant vingt-quatre heures et obturation à la gutta. Extraction. La dent flambée à l'alcool, sans avoir retiré la gutta, est enveloppée dans du papier stérilisé et brisée à l'étau.

Les morceaux ensemencés dans les différents milieux de culture, aussi bien solides que liquides, à l'air comme dans le vide, n'ont donné lieu à aucun développement.

Dent de sagesse supérieure droite, carie face triturante. Nettoyage mécanique et simple séchage à l'air tiède.

Pas de passages à l'alcool. Même pansement et même manuel opératoire que précédemment.

Développement dans tous les milieux nutritifs et beaucoup plus rapidement dans les liquides.

2e Cas.. — (A) La digue étant placée sur une première

grosse molaire supérieure droite, obturée au ciment en 1898 à la face médiane, le ciment est retiré au moyen des fraises. Une fois la cavité entièrement libre, prélèvement, au moyen de fraises rondes flambées au préalable à l'alcool, de poussières de dentine encore jaune, mais absolument dure. Ensemencement dans les différents milieux. Aucun développement.

(B) Incisive centrale supérieure droite, face distale, juillet 1899. Même opération, mêmes résultats négatifs comme développement.

(C) Première grosse molaire inférieure droite obturée à la face triturante en janvier 1900. Même procédé de prélèvement, mêmes résultats.

De tout ce qui précède il résulte que la carie dentaire peut être facilement enrayée en employant des méthodes précises et que nous ne devons plus craindre aujourd'hui la continuation du processus destructif sous des obturations bien faites, ne laissant pas entre elles et les parois de la cavité la moindre ouverture, la moindre solution de continuité



SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 4 juin 1901.

PRÉSIDENCE DE M. LE Dr SAUVEZ, président.

La séance est ouverte à neuf heures un quart.

I. — PROCÈS-VERBAL.

M. le Dr Sauvez. — Le procès verbal de la dernière séance n'a pu être publié dans le journal *L'Odontologie*, à cause de l'abondance des matières. Je vous demanderai donc de bien vouloir remettre l'adoption du procès-verbal de la séance précédente à la séance prochaine ; ce procès-verbal sera publié en entier dans le numéro de *L'Odontologie* du 15 juin (Approuvé.)

II. — CORRESPONDANCE.

Nous avons reçu la communication suivante (il en donne lecture) de la Société odontologique de New-York à l'occasion de la mort du Dr Lecaudey. (Voir n° du 30 juin, p. 621).

M. le Dr Godon. — Je demande à la Société d'Odontologie d'adresser nos remerciements à la Société de New-York pour la part qu'elle a prise à la douleur que nous a causée la mort de M. le Dr Lecaudey (Approuvé.)

III. — RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LA VALEUR DU PLATRE D'ALBATRE COMME MATIÈRE DE PANSEMENT HERMÉTIQUE, PAR M. LE Dr MAHÉ.

M. le Dr Sauvez. — L'ordre du jour appelle la communication de M. le Dr Mahé sur les *recherches expérimentales sur la valeur du plâtre d'albâtre comme matière de pansement hermétique.*

D'une façon générale, lorsque nos collègues n'assistent pas à nos séances, leur communication est remise à la fin ; mais j'ai reçu une lettre de M. le Dr Mahé m'expliquant qu'il n'a pu venir ce soir parce qu'il a été victime d'un accident sérieux, il y a une dizaine de jours. Je crois qu'en raison de cet accident nous pourrions, pour une fois, admettre que sa communication passe à son rang. Je donnerai donc la parole à M. Lallement, qui est chargé par M. le Dr Mahé de nous donner lecture de sa communication.

M. Lallement donne lecture de la communication (*Sera publiée dans un prochain numéro.*)

Discussion.

M. le Dr Sauvez. — Vous venez d'entendre la communication très remarquable de M. le Dr Mahé, basée sur des expériences extrêmement sérieuses. Cette communication fait suite à la discussion de la communication de M. Mendel-Joseph sur la phase parapulpaire de la carie dentaire ; j'ouvre la discussion sur ce point.

M. Choquet. — Je n'ai pas fait des expériences aussi nombreuses que M. le Dr Mahé sur la pénétration du plâtre par les liquides buccaux ; ce soir je me contente simplement de vous apporter deux tubes par l'emploi desquels j'ai cherché à me rapprocher le plus possible de ce qui se passe dans un filtre.

Je me suis dit : dans les obturations temporaires au plâtre que M. Mendel-Joseph laisse pendant un minimum de 20 heures, il y a bien des chances pour que ce plâtre, qui est employé sur une épaisseur de trois, quatre, cinq millimètres au maximum, pur ou additionné de sulfate de potasse, reste suffisamment poreux pour laisser passer au bout de ce temps la salive et les micro-organismes contenus dans celle-ci. Je me suis donc placé tout d'abord exclusivement au point de vue bactériologique.

J'ai pris un tube à pomme de terre, du modèle de Roux, présentant un étranglement vers la portion inférieure.

J'ai mis dans ce tube un liquide nutritif ordinaire, de l'eau peptonisée pure et simple, et j'ai rempli jusqu'à un centimère au-dessus de l'étranglement. J'ai pris ensuite un tube à essai ordinaire, dont j'ai sectionné la partie inférieure, que j'ai ramollie au chalumeau, et lorsque le verre a été rouge, je l'ai aplati, de façon à obtenir une surface non plus parallèle, mais un peu en entonnoir. De cette façon j'étais certain que pendant la stérilisation du bouillon qne je destinais à ce tube, le plâtre serait maintenu et n'aurait pas de tendance à laisser entre lui et la paroi du tube de verre la moindre solution de continuité.

Cela fait, j'ai placé ce tube ainsi ouvert à la partie inférieure sur une surface plane qui n'était autre chose qu'une lame de verre ; j'y ai coulé du plâtre liquide jusqu'à une certaine hauteur, variant de trois millimètres à trois centimètres et j'ai laissé durcir (je n'ai pas fait comme M. le Dr Mahé, je n'ai pas séché au four, mais j'ai laissé sécher normalement), puis j'ai introduit du liquide à une hauteur déterminée, j'ai enfermé un tube dans l'autre, et le tout à été stérilisé à l'autoclave. Je vous présente ce soir deux de ces tubes.

J'ai cherché à opérer sur une espèce microbienne typique, pouvant, au moyen d'une réaction chimique, nous prouver d'une façon indé-

niable qu'il y avait eu pénétration à travers la couche de plâtre servant de matière obturatrice.

Après stérilisation et refroidissement, j'ai ensemencé le tube intérieur avec une culture de coli-bacille. Je m'empresse d'indiquer que j'avais agi primitivement sur une épaisseur de plâtre variant entre un, deux et trois millimètres ; je cherchais à me rapprocher des conditions dans lesquelles s'était trouvé M. Mendel-Joseph.

Après avoir donc ensemencé la portion intérieure, je portai le tout à l'étuve et je fus fort surpris de voir qu'au bout de trois heures, mon liquide inférieur (séparé du liquide supérieur par la couche de plâtre), qui était primitivement clair, présentait le même trouble que le liquide supérieur ensemencé avec le coli. Je me suis dit : « L'expérience est concluante, car le plâtre laisse passer le bacille-coli. »

Mais, en examinant mes tubes, je me suis aperçu d'une chose que j'aurais pu passer sous silence s'il ne fallait, dans des questions aussi importantes, être scrupuleusement exact : mon tube, que j'avais été obligé d'étirer avant la stérilisation, présentait une légère fracture sur les parois, et j'ai pensé qu'il se pouvait que les micro-organismes eussent réussi à pénétrer non par le plâtre mais par cette fente. J'ai donc voulu réaliser une autre expérience, et, au lieu d'employer le plâtre, sur une épaisseur de deux, trois ou quatre millimètres, je l'ai employé sur l'épaisseur que vous voyez ici. J'ai ensemencé de nouveau avec du coli-bacille, j'ai porté à l'étuve, et, après quatre heures d'incubation, il ne s'était rien produit dans le liquide inférieur. Je croyais alors que M. Mendel-Joseph avait raison.

Cependant, au bout de dix heures, pour ce tube contenant une épaisseur de plâtre de trois millimètres environ, le trouble du liquide de la partie supérieure se reproduisit à la partie inférieure. Je ne me suis pas encore considéré comme satisfait et j'ai augmenté l'épaisseur du plâtre dans d'autres tubes. Pour une épaisseur de plâtre de plus d'un centimètre, le bouillon de la partie inférieure, séparé du liquide supérieur, se trouble dans le même laps de temps. Je répète que j'avais à faire à du coli-bacille et qu'il n'existait pas la moindre fracture dans le tube intérieur. Je me suis donc demandé comment je pouvais démontrer que j'avais affaire à du coli dans la partie inférieure.

A cet effet j'ai employé les réactifs ordinaires pour mettre la présence de ce micro-organisme en évidence, et, ayant affaire à une solution de peptone, j'ai ajouté quelques gouttes d'acide sulfurique dans le liquide du tube intérieur. A ces quelques gouttes d'acide sulfurique, j'ai ensuite ajouté quelques gouttes de nitrate de potasse, ce qui m'a permis d'obtenir une coloration rouge groseille absolument caractéristique de l'indol. Donc, pour la partie su-

périeure, il n'y avait pas de doute, j'étais certain d'avoir bien affaire à du coli-bacille ; mais restait la question de savoir si c'était bien du coli qui avait contaminé à travers le plâtre le liquide contenu à la partie inférieure. Je recommençai l'expérience, et, ayant employé les mêmes réactifs que précédemment, j'obtins la même couleur rouge groseille, dans le tube inférieur comme dans le tube supérieur. La démonstration était concluante.

Quoique je n'aie pas fait des expériences aussi nombreuses que M. le Dr Mahé, quoique je me sois placé, principalement au point de vue bactériologique pur, pour obtenir la coloration rouge groseille caractéristique de l'indol, je considère que nous devons laisser de côté le plâtre comme obturation temporaire. C'est tout ce que j'avais à dire. *(Applaudissements.)*

M. Dubouchet. — Deux mots seulement : j'ai fait trois expériences qui ne sont pas comparables à celles que nos confrères viennent de nous communiquer, car j'ai procédé un peu empiriquement. L'emploi du plâtre m'avait souri au commencement, mais j'y ai renoncé en peu de temps. Je me sers, quand je veux faire une application sur une pulpe, d'un mélange d'oxy-phosphate et de talc qui me donne des résultats satisfaisants.

M. Slaviski. — Quand le coiffage est indiqué, je me sers dans ce cas d'aristol chloroformé recouvert de thymol cristallisé.

Voici comment je procède : je lave préalablement la cavité à l'eau tiède ; ensuite je la sèche doucement et j'enlève, *si c'est possible*, avec une rugine la dentine ramollie ; aussitôt après, je mets dans la cavité une boulette de coton imbibée de chloroforme pur, et je laisse cette boulette dans la cavité cinq minutes ; je renouvelle ce pansement antiseptique quatre ou cinq fois en une séance. La dernière boulette de coton chloroformé placée dans la cavité, j'obture la dent avec la gutta-percha préalablement mise dans le chloroforme.

Après avoir renouvelé ces opérations pendant quatre ou cinq séances consécutives, je mets une ou deux gouttes de chloroforme dans la cavité même et j'ajoute de la poudre d'aristol jusqu'à complète absorption de chloroforme. Il se forme alors une couche de vernis assez épaisse, que je laisse cinq minutes à l'air libre pour l'évaporation de chloroforme.

Pour augmenter la résistance de mon coiffage, je mets ensuite sur la couche de vernis quelques cristaux de thymol que je liquéfie avec la poire à air chaud (le thymol se liquéfie à 54°). Il se forme alors une couche cristalline, qui, avec la couche de vernis de l'aristol chloroformé, défend bien la pulpe de toute pression extérieure exercée par un plombage ultérieur, que ce soit de l'amalgame ou du ciment.

J'ajoute que, si la pulpe est découverte, j'emploie le même procédé de coiffage, profitant des propriétés remarquables de l'aristol, qui est

un antiseptique non irritant, favorisant la cicatrisation et adhérant aux pulpes.

M. le Dr Sauvez. — Je dois faire remarquer que la discussion doit porter uniquement sur les expériences bactériologiques très précises, telles qu'elles résultent de la communication de M. le Dr Mahé et de ce que vient de nous dire M. Choquet. Je dois ajouter que nous devons nous considérer comme très heureux que la communication de M. Mendel-Joseph ait soulevé des observations aussi précises et aussi minutieuses.

Et je me demande s'il ne serait pas intéressant de faire des observations semblables avec la gutta-percha, avec le ciment, avec une foule de corps que nous employons tous les jours ; puisque M. Choquet a commencé ces recherches, il serait intéressant qu'il les continuât avec les médicaments les plus fréquemment employés comme matières obturatrices. Quant à moi, je me félicite, pour cette année, étant président de cette Société, d'avoir assisté à des discussions aussi intéressantes, soulevées par la communication de M. Mendel-Joseph ; je suis persuadé que la première parole de M. Mendel-Joseph sera également pour exprimer sa satisfaction que sa communication ait donné lieu à de telles expériences et à de telles discussions. (*Vive approbation.*)

M. Mendel-Joseph. — Je vous demande pardon, Messieurs, de prendre la parole ainsi à plusieurs reprises ; j'y suis contraint par les circonstances.

J'étais loin d'espérer, en effet, que ma communication soulèverait de telles discussions, et, j'ajoute, aussi des discussions aussi intéressantes, s'appuyant sur des bases vraiment scientifiques.

Notre très estimé président a bien voulu tout à l'heure circonscrire le débat, en disant que nous ne devions nous entretenir que de la partie purement bactériologique de la question. Il m'est impossible en ce moment de discuter les faits bactériologiques apportés par M. Choquet ; je serai donc forcément obligé de répondre un peu au delà de la bactériologie proprement dite. Je voudrais tout d'abord indiquer les idées principales qui ont déterminé la publication de mon article, ensuite je répondrai aux objections qui vous sont présentées par M. le Dr Mahé et M. Choquet.

Je me suis tout d'abord servi de plâtre dans une formule que j'ai publiée pour protéger un pansement d'acide arsénieux ; ce procédé m'a toujours donné des résultats très satisfaisants. Chaque fois que je l'appliquais, j'obtenais la dévitalisation complète de la pulpe et une insensibilité constante.

Vous vous souvenez du procédé antérieur : lorsque sur un pansement d'acide arsénieux on plaçait du coton dans la dent, les résultats étaient sensiblement inférieurs à ceux qu'on peut obtenir et que

j'obtiens avec le plâtre, non seulement au point de vue de la dévitalisation même, mais surtout au point de vue de l'insensibilité dans le mécanisme destructif du médicament. Je demande à tous mes collègues présents ici de bien vouloir l'essayer, car cela serait infiniment intéressant ; en effet, si nombreuses que soient les expériences que j'ai pu faire moi-même, les expériences que tout le monde peut faire seraient plus instructives.

Voilà le premier point de départ qui a encouragé l'application ou mieux la généralisation du premier procédé : l'action de l'acide arsénieux appliquée dans des conditions déterminées que l'on voit était réelle, et si susceptible que le plâtre soit de faciliter les échanges osmotiques, si favorable qu'il se présente à la pénétration des éléments buccaux, cette action est effective et indéniable.

En possession de ce fait en quelque sorte démonstratif, je me suis demandé s'il n'était pas utile et opportun de l'appliquer au procédé dit de coiffage, et en effet la mise en pratique de cette idée m'a donné des résultats plus qu'encourageants et que je continuerai à appliquer malgré les critiques qui me sont adressées. M. le Dr Mahé vient de présenter un travail critique tout à fait remarquable, et c'est pour moi une véritable consolation que d'avoir provoqué de telles études. Je ne vois pas d'objection à présenter au travail de M. le Dr Mahé, qui les a prévues toutes. Cependant, M. le Dr Mahé n'a démontré qu'une chose : la perméabilité du plâtre relativement aux liquides. Or, une substance peut être favorable à la diffusion d'une matière colorante, sans que, pour cela elle soit accessible à la pénétration des éléments infectieux ; il peut se produire des mouvements osmotiques à travers cette substance ; elle peut parfaitement absorber une partie du médicament employé, ce que personnellement j'ai constaté ; elle n'en reste pas moins une matière protectrice suffisante pour permettre au médicament d'exercer son effet.

M. Choquet vient de présenter une objection très importante : il prétend nous avoir montré que les microbes passent à travers le plâtre. Il nous prévient du nombre très restreint de ses expériences, qu'il croit cependant suffisamment démonstratives.

Cependant, sans vouloir diminuer la compétence de M. Choquet, j'ai le regret de constater qu'il ne nous a pas présenté même le minimum d'éléments indispensables scientifiquement à la démonstration de sa thèse. D'une façon générale, lorsqu'on présente une démonstration, il faut que ce soit avec tous ses détails : on présente ce qu'on appelle des témoins, des types qui servent d'élément de comparaison ; ces éléments types, nous ne les avons pas, et pourtant ils seraient indispensables ; nous n'avons également aucune donnée sur les expériences décisives de coloration, ce qui est certes extraordinaire; rien ne nous autorise donc à dire que les faits que nous ap-

porte M. Choquet sont établis. Je ne dis pas dès à présent que cela ne peut se passer comme M. Choquet l'indique, mais rien ne nous prouve jusqu'à présent que cela est ainsi.

Pour conclure, en admettant même que les échanges osmotiques et la pénétrabilité soient prouvés, il n'en resterait pas moins ceci qu'après avoir appliqué cette substance on peut en enlever une couche légère et la remplacer par une substance imperméable. (*Vive approbation.*)

Le plâtre a un grand avantage, c'est de n'exercer aucune compression, telle que la gutta offrant des qualités de protection supérieures sous l'influence de la mastication ni au moment de son insertion ; on peut donc se servir de plâtre pour la première partie de l'opération, et, après durcissement, en enlever une couche suffisante et le recouvrir d'une matière.

M. le Dr Godon. — Nous sommes très heureux d'avoir connaissance des expériences de M. le Dr Mahé et de M. Choquet, l'un sur la pénétrabilité du plâtre, au point de vue des échanges osmotiques, l'autre, sur la pénétrabilité aux micro-organismes ; mais nous cliniciens, nous avons à apprécier la communication de M. Mendel-Joseph à un point de vue au sujet duquel nous n'avons pas encore vu se produire de critique. Les cas où M. Mendel-Joseph nous indiquait l'emploi du plâtre sont les cas où il y a à craindre une compression ; or, le plâtre a cet avantage de nous permettre d'appliquer notre pansement sans compression ; eh bien, l'avantage qu'il a obtenu et que nous avons obtenu nous-mêmes tient à cette facilité que nous donnait le plâtre. Les expériences qu'ont faites M. le Dr Mahé et M. Choquet nous montrent qu'à côté des bons résultats que nous obtenions, dus à l'absence de compression, il y a des dangers contre lesquels nous devons nous garder : au travers du plâtre la possibilité d'une pénétration d'une partie du médicament et la possibilité de pénétration des microbes de la bouche. Donc, il est nécessaire de garnir le plâtre d'une substance imperméable, la gutta-percha par exemple.

Mais il y a un autre point qu'il est nécessaire de mettre en lumière: M. Mendel-Joseph est venu nous dire : « Le pansement que je vous propose est supérieur au simple pansement au coton qui, lui, et c'est là qu'on pourrait faire des expériences comparatives, se laisse bien plus facilement pénétrer par la salive, par les médicaments, par les aliments, etc. » Le plâtre est de plus supérieur à la gutta parce qu'il ne se laisse pas comprimer. En faisant cette observation, nous circonscrivons le débat : nous avons à remercier d'une part M. Mendel-Joseph, nous praticiens, qu'il nous ait indiqué les avantages d'un pansement au plâtre d'albâtre sur le simple coton ou la gutta, et nous devons remercier MM. Mahé et Choquet de nous

dire : vous avez raison de vous servir du plâtre, peut-être à cause de la compression, mais faites attention : une partie du médicament peut s'échapper ; votre plâtre peut se laisser pénétrer par les microbes. Donc, nous faisons notre profit des expériences de tous les chercheurs, et de M. Mendel-Joseph, et de M. Mahé, et de M. Choquet, et nous les mettons, en commun pour leur exprimer notre reconnaissance et nos remerciements. (*Vive approbation.*)

M. Choquet.— Je n'ai jamais eu l'intention de dire que le procédé préconisé par M. Mendel-Joseph n'avait aucune valeur ; je suis tout le premier à reconnaître que c'est une grande innovation qui a été apportée sur le vulgaire coton, l'ancien pansement, qui n'est bon qu'à une chose, lorsque vous mettez de l'acide arsénieux, c'est à augmenter la pulpite quand il y en a. J'ai remarqué que lorsqu'on pouvait mettre à la place d'un coton une couche de gutta sans faire de pression sur la pulpe, il n'y avait pas cette douleur intolérable qui fait que le malade se casserait la tête contre les murs.

J'ai tenu simplement à prouver, comme le disait M. le Dr Godon, que le pansement que nous présentait M. Mendel-Joseph, qui est une innovation, ne réalise pas encore les desiderata que nous pouvons désirer, et je disais à M. Mendel-Joseph, comme l'indiquait M. le Dr Godon : « Faites attention, je vous prouve que les microbes de la bouche passent à travers ce filtre qui ne présente pas la densité du filtre Chamberland, puisqu'au bout de onze heures, avec un centimètre, tout est traversé ; les micro-organismes continueront leur action destructive sur la dentine avec laquelle ils se trouveront en contact. »

D'autre part je profite de l'occasion pour faire une petite observation qui sortira un peu de mon sujet, mais qui me servira à prendre date.

J'ai remarqué bien souvent que des pansements faits avec du coton pur et simple, ensemencés lorsque nous les retirons dans un tube de bouillon de culture, présentaient les caractères biologiques suivants : ils donnent naissance à une culture pure d'un micro-organisme et ce micro-organisme varie du tout au tout suivant l'antiseptique employé. Il n'y a qu'un cas dans lequel il y a pullulation microbienne, dans lequel il y a polymicrobisme, si vous voulez, c'est avec le benjoin.

J'ai tenu ce soir à vous présenter cette observation, car les différents antiseptiques que nous employons, — et notre arsenal thérapeutique est aujourd'hui assez riche, — semblent avoir une action absolument nette, définie, une affinité d'élection sur certains micro-organismes de la bouche, à l'exception d'autres. (*Applaudissements.*)

M. le Dr Siffre. — *A priori*, je crois que nous savions tous que le plâtre est perméable ; il nous a été prouvé scientifiquement qu'il

l'est. On pouvait, du premier coup, quand M. Mendel-Joseph a présenté ses observations, penser que ce plâtre serait traversé par les micro-organismes et par les liquides : quand vous voulez durcir le plâtre, vous le faites sécher à l'étuve et vous le trempez dans la cire ; tout le monde connaît cela. Nos confrères sont venus l'affirmer scientifiquement ; ce sont des expériences devant lesquelles on doit s'incliner, mais ce n'était pas une chose inconnue pour le monde dentaire que le plâtre était perméable aussi bien par les liquides que par les micro-organismes ; nous savions qu'il y a dans le plâtre des trous suffisants pour laisser passer des microbes.

M. Lemerle. — Je voudrais dire un mot au sujet du coiffage.

Cette expression date de quelques années ; elle nous vient de l'autre côté de l'Océan. Autrefois on se servait de petites cupules qui recouvraient la partie à peu près dénudée de la chambre pulpaire. Un peu plus tard, tout au moins à l'Ecole, on a délaissé cette petite cupule et on a fait un autre coiffage qui donnait les mêmes résultats : on faisait une pâte antiseptique par un procédé quelconque et l'on recouvrait le tout d'une légère couche de ciment très liquide, très clair. On attendait le lendemain ou le surlendemain, ou huit jours après, pour voir s'il n'y avait pas de douleur, et alors on obturait définitivement avec un autre ciment dense où l'on faisait de la pression. Ce premier travail est un peu le coiffage dont nous a parlé M. Mendel-Joseph.

Pour ma part, au lieu de plâtre, c'était du ciment que je me servais ; s'il y avait des douleurs, s'il y avait une réaction douloureuse, j'enlevais ma couche de ciment et je refaisais le traitement complet. C'est cela que je voulais faire observer : nous faisions des coiffages, seulement, au lieu de les faire avec du plâtre, nous les faisions avec une couche de ciment.

M. Mendel Joseph.— Je suis absolument de l'avis de M. Lemerle : le procédé d'application d'une substance qui durcissait sans exercer de compression était déjà appliqué, seulement, le procédé que je préconisais, n'était pas exclusivement basé sur cela : il était surtout basé sur une méthode d'antisepsie progressive ; ensuite, j'appliquais le plâtre, parce qu'il est plus facile à enlever que le ciment durci, avec lequel, lorsqu'on veut enlever, on peut léser la pulpe. Voilà l'avantage du plâtre lorsqu'il s'agit d'une pulpe dénudée.

M. Lemerle. — Les premières expériences que nous a présentées M. Choquet pour prouver que la dentine n'absorbait pas le médicament sont très intéressantes, beaucoup plus intéressantes, à mon avis, que la question de savoir si le plâtre absorbe ou non... Suivant moi, le grand point est de savoir si une couche de médicament sur la dentine a une action sur cette dentine ou n'a pas d'action. Voilà l'important. Maintenant, que le plâtre soit perméable à des micro-

organismes excessivement minuscules, c'est secondaire, et les premières expériences sont plus intéressantes pour nous.

M. le Dr Sauvez. — Notre ordre du jour étant très chargé, il serait peut-être bon de clore la discussion sur ce point. La conclusion de ces diverses observations a été tirée par M. le Dr Godon qui, malheureusement pour le président de la société, a l'habitude de dire tout ce qu'il y a à dire. (*Rires.*)

Il nous faut féliciter M. Mendel-Joseph de sa communication, ainsi que l'a indiqué M. le Dr Godon, et il nous faut féliciter aussi MM. Mahé et Choquet de leurs expériences et les engager à les continuer non seulement avec le plâtre, qui est un agent nouveau, mais encore, comme je le disais tout à l'heure, avec les médicaments et les matières obturatrices sur lesquelles nous sommes beaucoup moins fixés que sur le plâtre, que nous n'employons ni les uns et les autres. (*Approbation.*)

IV. — Contribution a l'étude de la stérilisation de la dentine en vue de l'obturation des cavités, démonstration de la stérilisation parfaite, par M. Choquet.

M. Choquet donne lecture d'une communication sur ce sujet (V. page 17).

Discussion.

M. le Dr Sauvez. — Je suis certain d'être votre interprète en félicitant vivement M. Choquet de sa communication ; je regrette qu'il ne nous l'ait pas apportée par écrit, parce qu'un travail lu eût été préférable pour une question aussi délicate que celle qui a été soulevée ce soir, avec tout ce qui peut s'y ajouter. Si jamais une communication a mérité de voir sa discussion renvoyée à un autre jour, je crois que c'est bien celle-là. Nous sommes en juin, et nous n'avons plus pour cette année qu'une séance ; je demanderai donc à M. Choquet de bien vouloir prendre ses mesures pour que sa communication soit insérée dans le prochain numéro de *L'Odontologie* ; je crois qu'il est bon que nous en prenions connaissance à loisir ; l'intérêt de la discussion y gagnera. (*Approbation.*) Nous devons bien cela à des travaux entrepris depuis longtemps pour le plus grand honneur de la science dentaire, et nous devons être tous reconnaissants à M. Choquet de l'énergie et la patience qu'il a dépensées pour nous montrer les résultats qu'il nous a présentés ce soir. (*Applaudissements.*)

Dans notre dernière séance, M. de Dr Godon, président de la section d'Odontologie de l'Association française pour l'avancement des sciences, vous demandait de nommer un délégué pour le Congrès d'Ajaccio. Je vous propose de nommer à mains levées M. Choquet délégué de la Société d'Odontologie au Congrès d'Ajaccio. Il me pa-

rait difficile de trouver une communication rentrant plus dans le cadre des travaux de cette Association. Je mets aux voix cette proposition.

(Adoptée à l'unanimité.) (*Applaudissements.*)

M. Choquel. — Je vous remercie, Messieurs, de la bienveillance avec laquelle vous avez écouté ma communication, et je vous remercie de m'avoir délégué au Congrès d'Ajaccio.

V. — Un cas de glossite causée par la grosse molaire inférieure droite, par M. Staviski.

M. Staviski donne lecture de la communication *(Sera publiée dans un prochain numéro).*

Discussion.

M. le Dr Sauvez. — Je félicite M. Staviski de sa communication, mais je me permettrai de lui demander pourquoi il a enlevé cette dent ; il pouvait atténuer les bords tranchants avec la meule ou mettre du ciment.

Je trouve très intéressant le cas de glossite que vous nous signalez, mais, quant à l'intervention, je crois qu'il eût été préférable de traiter doucement le malade et de lui obturer sa dent en atténuant les bords tranchants.

M. Staviski. — Comme je l'ai fait remarquer dans ma communication, l'œdème de la langue était si considérable et la douleur si vive qu'il était impossible de meuler la dent, qui d'ailleurs était déjà atteinte d'une fistule. Par conséquent je n'ai pas hésité à l'extraire.

M. le Dr Sauvez. — Une fistule, cela se soigne.

M. Staviski. — Il fallait pour cela enlever le ciment et, comme je vous l'ai dit, c'était matériellement impossible. On ne pouvait pas laisser le malade souffrir plus longtemps.

VI. — Les nouvelles teintes des dents minérales américaines, par M. Lallement.

M. Lallement donne lecture de la communication.

M. le Dr Sauvez.— L'ordre du jour est actuellement épuisé, mais la tribune est ouverte pour procédés divers et perfectionnements à l'outillage ; comme je pense que cette rubrique devrait être toujours remplie, qu'elle l'a été la première fois par M. d'Argent, la seconde par M. Debray, je vous apporte aujourd'hui un petit appareil dont je n'ai la prétention de tirer aucune espèce de gloire et que je vous présenterai simplement au point de vue de la pratique usuelle. Je demanderai donc à M. Choquet, vice-président, de vouloir bien prendre place au fauteuil.

(M. le Dr Sauvez est remplacé à la présidence par M. Choquet.)

VII. — Présentation d'un appareil a eau par M. le Dr Sauvez.

M. le Dr Sauvez. — Je n'ai pas encore expérimenté beaucoup cet

appareil, mais il est destiné dans ma pensée à nous donner de l'eau chaude ou froide pour tous nos besoins : nous avons besoin d'eau chaude pour le lavage des mains, nous avons besoin d'eau filtrée chaude pour le rinçage de la bouche, et nous avons besoin d'eau froide pour le diagnostic des caries. Pour les injections d'eau froide, nous devrions n'employer que de l'eau bouillie, de même que pour atténuer de l'eau trop chaude. Voilà les différents cas dans lesquels nous avons besoin d'eau chaude.

Nous étions jusqu'ici en présence de deux solutions, d'abord la canalisation d'eau chaude dans l'appartement. Ce système est impraticable à cause de la dilatation des joints, des fuites perpétuelles et des réparations constantes ; c'est un système qui est très coûteux. Il y a aussi les chauffe-eau, avec serpentins ; j'en ai essayé plusieurs, il n'y en a pas un seul de pratique, à mon avis. Le samovar n'est pas pratique, parce qu'un jour ou l'autre le domestique, infailliblement, oubliant de baisser le gaz, le samovar brûle et est entièrement perdu.

Pour l'eau filtrée froide, nous n'avions qu'un procédé, c'était le filtre Pasteur ; j'y renonce absolument pour ma part comme impratique, quoi qu'il soit parfait au point de vue théorique. Au début, j'avais dit à mon domestique de nettoyer les bougies tous les deux jours, mais comme il m'en cassait une chaque fois, je lui ai dit bientôt de ne les nettoyer que toutes les semaines. Comme ce sont partout les mêmes filtres et les mêmes domestiques, il est préférable de renoncer aux filtres. J'ai donc fait construire l'appareil que je vous présente ce soir.

C'est un vulgaire chaudron avec une prise de gaz ; tout l'appareil se démonte et est très transportable. Il y a un tuyau à gaz avec un bec-veilleuse qui brûle toute la journée, ce qui est une dépense insignifiante, et un bec ordinaire qui s'allume dès que nous tournons la clé. L'appareil a une forme qui permet de l'adosser à un mur. Un peu avant le bord supérieur se trouve l'ouverture d'un tube qui redescend vers le robinet inférieur, de sorte que, lorsque l'appareil est plein, on en est averti par l'écoulement du robinet. Ce robinet doit être placé assez au-dessus du bord inférieur du récipient pour qu'il reste toujours dans l'appareil une certaine quantité d'eau, afin que, si le domestique oublie de remplir l'appareil, l'ébullition de cette eau et la fumée qui s'échappe en avertissent immédiatement. Le tuyau qui conduit le gaz doit être malléable de façon à pouvoir prendre toutes les positions.

M. Choquet. — Je remercie en votre nom notre excellent président de cette présentation.

La séance est levée à 11 heures 15.

Le secrétaire général,
MENDEL-JOSEPH.

REVUE DE L'ÉTRANGER

COMPTE RENDU DU CONGRÈS DE BALE

(Société Odontologique Suisse.)

Par M. A. Thioly-Regard.

C'est dans la ville de Bâle, au Stadtcasino, que la Société odontologique suisse a tenu sa XVIe assemblée générale annuelle, les 4, 5 et 6 mai 1901.

Plus de 90 membres ont suivi avec intérêt les travaux de cette importante réunion.

Le samedi 4 mai, à 4 h. 3/4, M. le D^r^ Th. Frick, de Zurich, le dévoué président de la Société, ouvre la séance administrative.

Dans son discours d'ouverture il fait ressortir le beau rôle qu'occupe le médecin-dentiste dans l'état social ; c'est à lui que l'on s'adresse lorsqu'il s'agit soit de rendre l'esthétique au visage, soit de guérir les douleurs souvent excessives provenant du mauvais état de la dentition.

Il insiste ensuite sur la nécessité de l'hygiène buccale dans la classe populaire, les dents étant indispensables à une bonne mastication des aliments, et il donne à ce sujet d'excellents conseils sur la tâche du médecin-dentiste pour favoriser dans le public la diffusion des idées hygiéniques à propos des soins à prendre pour conserver les organes dentaires.

M. le Dr Frick rappelle encore les faits qui se sont passés depuis la dernière assemblée, par exemple l'action du Comité national suisse auprès du Congrès international dentaire et la participation effective de nombreux sociétaires à ce Congrès.

Quatre sociétaires ont donné leur démission dans le courant de l'année ; par contre il est heureux de souligner l'état prospère de la Société, qui compte actuellement 144 membres.

Il remercie enfin MM. les Drs Redard, de Genève, et Senn, de Zurich, rédacteurs de la *Revue trimestrielle suisse d'Odontologie,* pour le dévouement qu'ils ont montré dans l'accomplissement de leur mandat.

Le trésorier, M. le Dr A. Steiger, de Lucerne, présente le rapport financier, lequel se solde favorablement avec un actif de fr. 3120.15.

M. le Dr A. Hafner, de Zurich, administrateur de la *Revue trimestrielle suisse d'Odontologie,* rend compte de sa gestion.

L'assemblée, sur l'avis des deux commissaires-vérificateurs, MM. Delphin, de Genève, et Wirth, de Berne, approuve ces comptes et donne décharge à ces deux zélés collègues.

Il est ensuite procédé à l'admission des candidats, avec le concours de MM. Fetscherin, Hafner et Schirmer comme scrutateurs. A l'exception de M. Wanger Emile, de Bâle, qui est refusé, tous les autres médecins-dentistes dont les noms suivent sont admis comme membres actifs :

MM. Zbinden-César, de Lausanne.
Pfaeffli, Ch. F., de Genève.
Schmidt A., de Bâle.
Homberger A., de Zurich.
Berner H., de Aarau.

L'élection du Comité, qui a ensuite lieu, ne change pas d'une manière sensible le Bureau, qui reste composé de :

MM. Dr Th. Frick, de Zurich, président.
Dr P. Guye, de Genève, vice-président.
A. Thioly-Regard, de Genève, et Dr A. Hafner, de Zurich, secrétaires.
Dr A. Steiger, de Lucerne, trésorier.
E. Gerster, de Berne et T. Faesch, de Bâle, membres-adjoints.

Les mêmes commissaires-vérificateurs, MM. Delphin et Wirth, sont confirmés dans leurs fonctions.

La proposition de la Société odontologique de Zurich, au sujet de la ratification de contrats à conclure entre la Société odontologique suisse et deux Compagnies suisses d'assurances générales sur la vie humaine et contre les accidents de Zurich, est favorablement accueillie [1]. Après les déclarations de MM. Frick, Müller et Hafner, qui ont très minutieusement étudié cette question et qui estiment que la Société n'est engagée en rien, mais qu'il y a tout bénéfice pour les membres à accepter les tarifs proposés qui sont des plus avantageux, l'assemblée se range à cette opinion.

Sur la proposition de M. le Dr A. Gysi, M. le Dr E. Müller est nommé délégué de la Société odontologique suisse auprès des Compagnies suisses d'assurances.

La proposition du Comité, concernant un règlement visant les assistants-opérateurs et demandant l'abrogation de la décision de 1896, après une discussion courtoise au cours de laquelle prennent successivement la parole MM. Fetscherin, Frick, Schirmer, Settelen et Zingstag, est également approuvée par 39 voix contre 1.

---

1 Ces Compagnies d'assurances sont la Société Suisse d'assurances sur la vie, la Société contre les accidents « *la Zürich* et la *Haftpflicht* ».

Voici le texte de cette résolution :

Dans une séance extraordinaire tenue à Bâle le 11 mai 1896, sur la proposition de M. H. B. Respinger, une décision réglant la question des assistants avait été prise. Déjà à ce moment-là les sévères dispositions de cette résolution avaient été combattues ; elle fut néanmoins adoptée, mais à la faible majorité de 7 voix.

Il est depuis lors devenu manifeste que les objections formulées par la minorité étaient justifiées et que l'application stricte des dispositions nouvelles entraînerait la démission d'un certain nombre de collègues estimés.

Le Comité a, en conséquence, étudié mûrement la situation et, dans une séance tenue à Berne, décidé à l'unanimité de recommander à l'assemblée générale l'acceptation de la résolution suivante :

I. La résolution Respinger de 1896 est rapportée.

II. Les membres qui, après avoir été avertis par le Comité, contreviendraient dans leur canton aux dispositions légales en vigueur, pourront, sur la proposition du Comité ou de trois membres être exclus après qu'ils auront été admis à se justifier.

III. Dans les cantons où il n'existe encore aucun règlement concernant les assistants, la Société locale intéressée s'efforcera d'en provoquer l'élaboration.

IV. Il est expressément convenu que la tolérance concernant l'emploi d'assistant ne peut être accordée que pour un seul assistant-opérateur non possesseur du diplôme fédéral suisse.

V. Il est interdit à tout médecin-dentiste de posséder plusieurs cabinets simultanément en activité, à moins que la gérance de ceux-ci ne soit garantie par des diplômes fédéraux autorisés.

Lors des propositions individuelles, M. le Dr Frick annonce qu'une décision des statuts s'impose, et que le nouveau règlement sera présenté lors de la prochaine assemblée générale. Il invite donc les Sociétés locales, ainsi que les membres eux-mêmes, à étudier cette question et à adresser leurs observations au Comité.

M. E. Gerster, de Berne, mentionne le fait que le gouvernement bernois a donné une autorisation provisoire pour deux ans à un dentiste étranger non diplômé suisse, en dépit des protestations de quelques confrères bernois qui ont déposé un recours, mais ce dernier n'a pas été admis.

A propos de la fixation du siège de la prochaine réunion annuelle, le président lit une lettre officielle adressée par les médecins-dentistes de Saint-Gall, qui expriment le désir que cette ville soit choisie pour l'année 1902.

Cette proposition est acceptée à l'unanimité.

La séance est levée à 6 h. 3/4.

*
* *

Le même soir à 8 h. 1/2, les Congressistes se rencontraient encore au Schützenhaus, où une cordiale réception leur était réservée par les soins de la Commission d'organisation de Bâle.

M. P. Witzig souhaite la bienvenue à tous les nombreux participants venus de Suisse, d'Allemagne et de France.

M. Kleb, de Saint-Gall, remercie et invite instamment tous les sociétaires à se rendre en grand nombre l'année prochaine à Saint-Gall.

Des productions musicales et littéraires terminent gaiement cette soirée familière.

*
* *

Le dimanche matin, 5 mai, à 9 heures, commence la séance des démonstrations et des conférences.

M. le Dr Jessen, de Strasbourg, lit une très intéressante communication sur l'hygiène dentaire en Suisse. Il débute par l'exposition de ses idés pratiques à propos de l'hygiène buccale en général ; il explique ce qui se pratique en Alsace en fait de visites dans les écoles, dans les casernes et dans les usines. La santé populaire est liée à cette hygiène; en effet comment veut-on que des enfants, des ouvriers s'alimentent et recouvrent les forces dépensées lorsqu'ils ne peuvent mâcher, digérer et assimiler ? Il y a évidemment corrélation entre les douleurs, l'enflure, l'absence de dents et le défaut de mastication.

Il déclare que le temps est passé où il était admis que le médecin-dentiste pouvait se confiner dans son cabinet dentaire ; aujourd'hui il doit sortir de sa tour d'ivoire pour instruire, éclairer le peuple, faciliter la diffusion des idées, écrire et distribuer les règles et conseils hygiéniques au point de vue dentaire. Non seulement les médecins-dentistes sont appelés à se consacrer à cette propagande, à ces visites dentaires, mais les docteurs en médecine devraient aussi pouvoir se rendre utiles; à cet effet chaque médecin devrait suivre un cours d'art dentaire pendant au moins un semestre.

Il fait circuler une certaine quantité de traités et de revues mensuelles allemandes concernant l'hygiène scolaire et populaire, pour montrer qu'en Allemagne la question est déjà bien avancée ; cependant il ne se déclare pas encore satisfait, il faut que le mouvement se généralise. Il termine en étudiant ce qui a déjà été fait en Suisse dans ce domaine, et donne un excellent exposé sur ce qu'il faudrait encore faire. Il y a lieu de provoquer une agitation auprès des gouvernements cantonaux pour faire sortir les autorités officielles de leur inertie, leur donner à comprendre qu'il est de leur devoir d'ac-

corder les subsides nécessaires pour assurer aux populations une éducation d'hygiène dentaire qui fait actuellement presque totalement défaut.

Le Président remercie vivement le conférencier, il pense que ses conclusions sont dignes d'être retenues et que les médecins-dentistes suisses en feront leur profit. Il ouvre la discussion sur ce sujet.

M. le Dr G. Preiswerk se déclare partisan de la nécessité de la propagande en faveur de l'hygiène dentaire préventive, car, il faut le reconnaître, le médecin-dentiste arrive toujours trop tard, lorsque le traitement des caries dentaires n'a plus la valeur que l'on pourrait en attendre, s'il était institué au premier ou au second degré de la carie. Il y a également lieu d'attirer l'attention du public sur l'alimentation rationnelle qui doit être observée ; en général on consomme trop peu de fluor et de chaux. La mère surtout doit chercher à s'alimenter avec des substances contenant la plus grande proportion d'aliments calcaires ; elle doit prendre par exemple beaucoup plus d'œufs que de pain blanc et de bière, car si les soins hygiéniques après la naissance sont à recommander, il faut reconnaître que la brosse à dents nettoie, mais n'ajoute pas un atôme de chaux aux dents déjà formées.

M. le Dr Prof. Billeter salue l'important travail de M. le Dr Jessen ; il croit aussi que l'idée de généraliser le service des visites scolaires, de même que d'instruire le peuple sur l'importance de conserver une dentition intégrale, est une des conditions essentielles de l'action du médecin-dentiste. Souvent l'humanité se trompe, les erreurs sont facilement colportées, c'est aux savants de travailler à transformer les mœurs et à détruire les préjugés. Il espère qu'il sortira quelque chose de pratique de cette excellente conférence et que l'année prochaine, à Saint-Gall, on pourra déjà fournir la preuve que ce n'est pas en vain que M. le Dr Jessen est venu apporter les fruits de son expérience.

M. le Dr E. Müller appuie toutes les bonnes idées qui viennent d'être développées ; il voudrait qu'on s'occupât davantage du bien-être des classes laborieuses. Il faut pétitionner, soulever l'opinion publique et tâcher d'obtenir un résultat même dans les milieux les plus réfractaires aux lois de l'hygiène en général et de l'hygiène dentaire en particulier.

M. A. Thioly-Regard, de Genève, sous le titre de xérostomie, donne lecture d'un travail traitant spécialement la question de la sécheresse anormale de la bouche. Il décrit la relation et les observations de cette étrange affection, d'après la communication que M. le Dr Hersting en a faite lors de la soixante-douzième assemblée des physiciens et des médecins allemands réunis à Aix-la-Chapelle les 16-22 septembre 1900.

Il résulterait de cette étude que le signe principal de la xérostomie est une sensation de sécheresse excessive de la bouche, provenant d'un défaut de sécrétion des glandes salivaires, quoique ce vice sécrétoire ne soit pas absolu dans tous les cas constatés. L'absence de la salive déterminant une rapide destruction des dents par la carie, cette affection occasionne de l'angoisse, de la douleur, avec symptômes fiévreux. Son traitement n'est pas encore élucidé.

M. Thioly-Regard affirme que la sécheresse de la bouche peut se déclarer par l'usage de pièces de prothèse, ces dernières provoquant dans certaines idiosyncrasies une soif ardente, accompagnée de fièvre, peut être par suite de fatigue nerveuse avec pression sur quelques fibres nerveuses terminales, produisant par action réflexe des troubles du système glandulaire.

Plusieurs observations de ce genre ont déjà été décrites, entre autres par MM. Delphin et Bardet.

M. Guillermin, de Genève, pense qu'il y a quelque analogie entre cette affection et un autre état pathologique connu sous le nom de xérodermie (xerodermopigmentarum) ou maladie de Kaposi, qui elle-même est caractérisée par une désorganisation des glandes sébacées. Cette affection serait un signe précurseur de maladies graves, telles que cancers, épithéliomas, etc... Il insiste sur l'influence désastreuse de la xérostomie sur les dents, celles-ci sont rapidement perdues, l'action chimiotaxique de la salive n'ayant plus lieu.

M. L. Richard-Chauvin, de Paris, à l'appui des propriétés antiseptiques de la salive, mentionne que M. Rigollet, d'Auxerre, dans la séance du 2 avril 1901 de la Société d'odontologie de Paris, a cité un exemple d'asialorrhée ayant occasionné la carie molle généralisée des dents restantes. Ce cas viendrait confirmer que les dents se carient, dans la sécheresse de la bouche, quand, par l'absence de la salive, l'énergie antiseptique de celle-ci fait défaut.

M. M. Morgenstern, de Strasbourg, à l'aide de planches dessinées représentant des agrandissements dés différents tissus dentaires, de coupes de ces tissus soumis à l'examen microscopique et de préparations sur verre pour projections lumineuses, s'applique à démontrer que la base histologique de la sensibilité et de la nutrition des organes dentaires se trouve dans les tissus calcifiés des dents. Sur l'écran à projections, un grand choix de vues sont successivement fixées, telles que : tissu pulpaire, odontoblastes, canalicules dentaires, fibrilles de l'ivoire, prisme de l'émail, etc...

De l'ensemble de son exposé il tire les conclusions que la dentine est totalement innervée, puisqu'il croit pouvoir certifier, d'après ses coupes et préparations, qu'il a constaté l'existence de cylindres-axes pénétrant dans les canalicules de la dentine ; que les nerfs sont déjà présents avant la calcification de la dentine, la production de la

dentine s'opérant autour de ces nerfs de la même façon qu'elle se forme autour des fibrilles de Tomes. De plus il aurait reconnu l'existence de vaisseaux lymphatiques et de liquides dans les canalicules dentaires.

Cette théorie n'est pas admise par la majorité des assistants ; *M. le professeur Burkhardt* et *M. le Dr Preiswerk*, tout en félicitant M. Morgenstern pour le travail considérable qu'il a exécuté, ne la croient pas fondée. L'explication qu'il donne de la circulation et de l'innervation dans le tissu dentaire bouleverse complètement les données anatomiques jusqu'ici admises, mais la preuve n'en a pas été faite.

M. le Dr A. Gysi n'a pas été non plus convaincu, il ne croit pas que des filets nerveux existent dans la dentine.

M. le Dr G. Preiswerk, de Bâle, utilise l'appareil à projections en faisant passer sur l'écran l'image de plusieurs préparations : une pulpe colorée avec l'éosine, dans laquelle on remarque très distinctement des points hémorrhagiques (il explique que lorsque des dents à pulpes non perforées font souffrir quand elles sont obturées, c'est le plus souvent par le fait de ces points hémorragiques) ; une pulpe avec nerfs et vaisseaux très visibles ; la coupe d'un kyste radiculaire avec cellules épithéliales nettement fixées.

M. le Dr A. Gysi, de Zurich, profite également de l'occasion pour montrer par projections lumineuses une série de vues parmi lesquelles on remarque la coupe d'un odontome opéré par le Dr Billeter de Schaffouse ; la pulpe d'une prémolaire dont les vaisseaux sanguins sont d'une parfaite netteté ; la pulpe d'une canine, très jolie préparation de vaisseaux sanguins ; la pulpe en partie désorganisée d'une molaire avec cristaux de dentine ; la pulpe d'une autre molaire avec une grande quantité de cristaux de dentine ; la coupe d'une incisive centrale montrant un défaut de calcification dans le sens de la longueur ; une coupe d'incisive centrale avec pulpe en partie calcifiée comme moyen de défense.

M. le Dr L. Bryan, de Bâle, présente une jeune dame, atteinte de paralysie des muscles de la joue du côté gauche, ayant déterminé une déviation très prononcée de la face. Pour remédier à cet affaissement, l'habile praticien a mis à profit l'existence d'une pièce de prothèse du haut pour attacher à celle-ci une tige d'or mobile à la façon d'un porte-ressort, terminée en avant par un crochet recouvert d'un petit bloc d'émail rose qui vient saisir et soulever la commissure de la lèvre de ce côté gauche, corrigeant ainsi l'expression de la façon la plus heureuse.

Il est plus de midi lorsque la séance est levée. Quelques minutes plus tard, le banquet officiel réunissait les nombreux convives. Le président, M. le Dr Frick, porte le toast à la patrie, après avoir rap-

pelé le fait que juste 400 ans auparavant le canton de Bâle était entré dans la Confédération suisse.

Une charmante excursion, ayant pour but la petite ville de Lörrach dans le Grand Duché de Bade, clôturait agréablement le programme de cette seconde journée.

*
* *

Le lendemain matin, lundi 6 mai dès 8 h. 1/2, la série des conférences et des démonstrations continuait.

M. E. Gerster, de Berne, prend comme matière de sa communication, un sujet toujours nouveau : celui du traitement et de l'obturation des canaux dentaires.

Après un début sur les généralités concernant les multiples procédés conseillés pour mener à bien la désinfection et le remplissage des racines, il décrit la méthode d'obturation qu'il suit depuis assez longtemps, laquelle consiste, au lieu de Donaldson, à se servir de fibres de bambou (ce bois se laissant facilement déchirer en fibres extra-minces). A l'aide de cette fibre qu'il trempe dans du lysol, il obture le sommet radiculaire avec de l'iodoforme pulvérisé, ensuite il confectionne un petit cône d'étain qu'il enfonce dans la racine. Ce cône s'établit en coupant quelque peu d'une feuille d'étain en forme de coin ou de triangle et en la roulant entre les doigts.

Une solution antiseptique qu'il recommande pour le traitement préliminaire de la racine est composée comme suit :

Acide phénique		1 partie.
Essence de gaulthéria	ãã	3 parties.
— de cannelle		

M. le Dr P. Guye, de Genève, lit un judicieux travail donnant la description d'une nouvelle manière de façonner des incrustations d'or pour obturer des dents fortement cariées. Il conseille ce procédé préférablement à la pénible condensation de grosses aurifications, surtout si les bords de la dent sont minces, ou lorsque le client se prête difficilement à une longue séance, et cela prévient en même temps la fatigue de l'opérateur.

Les incrustations d'or s'exécutent de la même façon que les obturations au moyen d'inlays en porcelaine, pour ce qui concerne la prise de l'empreinte de la cavité, c'est-à-dire que le modèle du creux est obtenu soit avec de la feuille d'or à 120, soit avec de la cire spéciale à empreinte, dont on fait un moule en plâtre ou en spence-métal. Des parcelles ou fragments d'or cristallisé sont alors foulés, puis réunis avec de la soudure Knivel à 21 carats 1/2. Une fois l'incrustation scellée dans la dent avec du ciment, lorsque celui-ci est durci, l'or est enfin meulé, poli et bruni.

La description du procédé opératoire est accompagnée d'une

quantité de conseils pratiques, qui en augmentent d'autant plus la valeur.

M. le Dr Frick a été fortement intéressé par l'exposé qui vient d'être fait de cette manière originale d'obturer les dents avec des blocs d'or ; il croit que le nouveau mot « incrustation » pour désigner ce travail est bien trouvé et que par conséquent il peut être définitivement adopté.

M. Thioly-Regard remercie chaudement M. Guye de son intéressante communication, à laquelle il n'y a pas lieu d'adresser la moindre critique ; il exprime le vif désir que l'auteur veuille bien laisser publier in extenso son méritant travail dans la *Revue Trimestrielle Suisse d'Odontologie*.

M. le Dr Grosheintz, de Bâle, possède la conviction que ce procédé est des plus pratiques ; il place lui-même depuis plusieurs années des incrustations d'or selon le système des champignons d'or d'après Fish, et il en a été de tout temps fort satisfait.

M. le Dr A. Senn, de Zurich, sous la dénomination de « Pro et contra Solila » fait une causerie dans laquelle il compare les mérites et les désavantages de cet or. On reconnaît néanmoins en lui un chaud partisan de l'or de Trey, bien qu'il exprime quelques critiques au point de vue de la forme des fouloirs et de la façon de condenser préconisées par les inventeurs eux-mêmes.

Au nombre des avantages, il mentionne la facilité de la manipulation ; la couleur qu'il ne croit pas plus mauvaise que celle des autres ors ; moindre durée du travail, pourtant il ne faut pas chercher à gagner plus du tiers du temps par rapport avec la condensation des autres ors. Il estime que la pression avec le fouloir à main est plus forte que celle obtenue avec le maillet ; la première est plus agréable pour le client, qui supportera plus facilement une pression de 5 kilogs qu'un choc de 2 kilogs.

M. de Trey fils apporte son tribut d'éloges au sujet de la valeur de l'or Solila, ajoutant que, si quelquefois la couleur laisse à désirer, c'est que la condensation n'est pas assez parfaite ; cependant il reconnaît que certains médicaments peuvent agir sur lui, mais au même titre que sur les ors d'autres marques.

Depuis quelques mois il se sert pour condenser de fouloirs avec acérations peu marquées et du marteau à main ; il trouve qu'il y a avantage à préférer ce dernier au maillet automatique, à la condition d'avoir un aide bien entraîné à manier le marteau d'une manière toujours égale en force et en vitesse.

M. le Dr G. Preiswerk, de Bâle, soulève un vif intérêt en parlant de l'amputation de la pulpe au point de vue clinique, histo-pathologique et bactériologique ; il donne le résultat de deux années de constantes observations.

Il faut d'abord mentionner d'une façon spéciale sa très belle collection de planches représentant avec un fort grossissement un grand nombre de spécimens de pulpes, au moyen desquels il apporte la preuve que toutes les pulpes pour les dents de même ordre ne sont pas uniformes ; il existe dans les canaux des lacunes, des trajets anormaux, des irrégularités qui sont des plus caractéristiques.

Il passe en revue les différentes substances qui ont été préconisées pour procéder à l'obturation de la chambre pulpaire après amputation de la pulpe. Il a renouvelé les expériences de Herbst, de Miller, de Dill, de Lipkowski, de Baume, de Müller et d'autres, avec l'alun, le borax, l'iodoforme, l'acide salicylique, l'amalgame de cuivre, le formagène, etc., etc. ; il a tout essayé, mais toujours dans les dents éprouvées il s'est déclaré des pulpites consécutives qui, analysées, ont laissé reconnaître qu'elles étaient liées à des infections microbiennes.

Un seul composé lui a donné un résultat inespéré: le mélange pâteux de créosote et de tannin appliqué tout de suite après l'amputation de la pulpe. Après quelques mois, les dents obturées avec ce mélange dans la chambre pulpaire ayant été ouvertes, il lui a été permis de constater la vitalité et la santé du reste pulpaire.

Il fait remarquer qu'il ne faut pas trop compter sur la momification de la pulpe, car pour que cette action se manifeste, il faudrait de la chaleur et de la sécheresse, ce qu'il n'est pas possible d'obtenir dans la bouche.

M. le Dr E. Müller, de Wädensweil, signale un nouveau composé anesthésique qui lui a donné d'excellents résultats dans l'anesthésie locale par injection gingivale.

La formule approximative de cette composition est indiquée comme une combinaison de tropacocaïne, de morphine, d'acoïne et une minime partie de chlorhydrate de cocaïne dans une certaine proportion de solution saline physiologique à 7,5 pour 1000.

La solution est conservée dans des petits flacons de verre foncé, dont la fermeture hermétique comprend une petite canule à vis sur laquelle se visse la seringue qui aspire le liquide sans ouvrir le flacon.

M. Müller présente encore des pièces combinées avec plaques de magnalium, et prétend que ce nouveau métal n'est pas à dédaigner quoiqu'il ne vaille guère plus que l'aluminium.

M. Th. Dill, de Liestal, fait plusieurs démonstrations. Il parle d'abord des obturations combinées ; il est naturellement partisan enthousiaste des aurifications, mais il reconnaît que toutes les dents ne peuvent supporter d'être aurifiées pour cause de trop grande perte de substance, moyens pécuniaires du client, difficulté et fatigue du patient et de l'opérateur ; dans ces cas, il obture la partie postérieure

ou invisible de la dent avec de l'amalgame et la partie antérieure dans une seconde séance avec de l'or, en ayant soin d'isoler l'amalgame de l'or en vernissant le premier avec une teinture résineuse ou en interposant une petite couche de ciment.

Pour les obturations très visibles, il propose de construire la partie postérieure avec de l'amalgame et la partie antérieure avec un bloc de porcelaine incrusté. Il présente plusieurs modèles intéressants de ces cas.

Il préconise également, lorsque cela peut s'effectuer, par exemple, lorsqu'il s'agit de placer un petit bloc d'émail sur la face labiale d'une dent, d'établir une aurification sous forme d'une mince couche d'or, recouvrant la surface de la cavité, ensuite de confectionner le bloc et de le cimenter dans l'or, dans l'intention que la dent soit toujours protégée, si par hasard le bloc cédait.

A propos de la contraction de l'amalgame, il assure qu'il est très facile d'éviter cette contraction en opérant l'obturation en deux séances : commencer à fouler une petite épaisseur ou couche d'amalgame contre les parois de la carie, puis combler la cavité avec de la gutta ou du plâtre, enfin terminer l'obturation dans une séance suivante ; il y aurait ainsi meilleure adaptation de la surface obturatrice.

Il démontre différents petits procédés pratiques applicables à la prothèse dentaire, par exemple différents genres d'anneaux ou bandes destinés à consolider les appareils en caoutchouc vulcanisé, ainsi que des ornements et figures géométriques confectionnés avec des déchets de plaques d'or, s'incrustant sur la surface de la cuvette en caoutchouc d'appareils de prothèse, afin de donner à ceux-ci un aspect plus riche et plus artistique.

Enfin M. Dill fait un exposé de la technique de l'aspiration, dans la thérapeutique de la périostite suppurée et spécialement dans ses formes secondaires. Cette aspiration serait applicable lorsqu'il existe une périostite chronique ou un abcès borgne, enfin dans tous les cas où il y aurait à craindre le passage de produits septiques par l'apex. Les aspirations devront être assez fortes et seront répétées jusqu'à ce qu'une légère hémorragie se déclare. L'aiguille de la seringue étant placée dans le canal, du ciment ou de la gutta-percha la maintiendra en place en assurant l'occlusion absolue.

M. le Dr Guye présente plusieurs beaux exemplaires de photographies radiographiques relatives à des cas de dents anormalement placées dans les maxillaires et des défauts osseux de maxillaires provenant de nécrose purulente.

Il montre encore un gobelet métallique agencé de telle façon qu'avec un foyer électrique central très minime comme régulateur il peut maintenir l'eau à une température toujours uniforme.

M. Richard-Chauvin, de Paris, a enfin démontré son nouveau procédé d'obturation au moyen de blocs en porcelaine dure, préparés par cuisson au moyen du gaz oxygéné. Cet habile opérateur a pratiqué sur plusieurs patients un certain nombre d'obturations; nous avons assisté à la préparation, à la confection et à la pose d'un bloc pour une grosse molaire droite supérieure, d'un bloc pour une incisive centrale gauche et d'un bloc pour une incisive droite.

Il a également pratiqué l'aurification à l'or mou d'une molaire inférieure gauche.

Ces divers travaux, de même que les explications qu'il a bien voulu donner, ont été fort appréciés.

La séance est levée à midi et vingt minutes; aussi les Congressistes s'empressent-ils de se rendre au Casino d'été où les attend le banquet d'adieu.

Au dessert, *MM. Billeter*, *Richard-Chauvin*, *Guye* et *Delphin* prononcent d'excellentes paroles et leurs sympathiques allocutions, en trouvant un écho dans tous les cœurs, atténuent les tristesses de la séparation.



L'Odontologie fait traiter ici par son collaborateur spécial les questions de jurisprudence que ses lecteurs désirent faire élucider.

CHIRURGIEN-DENTISTE. — OPÉRATION. — INJECTION D'UNE SUBSTANCE TOXIQUE. — IMPRUDENCE. — ABSENCE DE VÉRIFICATION DU LIQUIDE INJECTÉ. — RESPONSABILITÉ.

Tribunal civil de la Seine (6e Ch.), 27 juin 1901.

Commet une imprudence de nature à engager sa responsabilité le dentiste qui, dans une clinique d'hospice, envoie chercher une matière destinée à être introduite dans l'organisme (dans l'espèce, du chlorhydatre de cocaïne), sans prendre la précaution de s'assurer, au moment même de l'opération, que la matière qui lui est remise et qu'il injecte est bien celle qu'il avait demandée. En pareil cas l'examen de la substance doit être d'autant plus minutieux que cette substance est inodore, incolore, ne présente, par conséquent, aucun signe extérieur pouvant permettre de la reconnaître, et que l'ordre de la rapporter a été donné verbalement par l'opérateur à un simple infirmier.

(F... c. J...).

Le jugement fait connaître suffisamment les faits. Nous le reproduisons intégralement, nous réservant de le discuter après que l'expertise aura conclu et que la justice aura définitivement prononcé, car nous estimons que rien n'est plus délicat que les questions de responsabilité professionnelle.

F. W.

« Le Tribunal,

» Attendu que, suivant acte du 1er janvier 1901, la demoiselle F... a demandé que J... fût condamné à lui payer la somme de 1.000 francs, à titre de dommages et intérêts ;

» Qu'elle a demandé subsidiairement la nomination de trois experts docteurs en médecine et un spécialiste pour les maladies de la bouche à l'effet de constater l'état actuel de sa santé et les conséquences possibles de la blessure qui lui a été faite ; qu'elle demande, en outre, une provision de 500 francs et une enquête ;

» Attendu que, le 4 février 1901, J... a conclu au débouté de cette demande :

» Attendu que, par conclusions du 28 février 1901, la demoiselle F... a élevé sa demande de dommages et intérêts à 10.000 francs et sa demande de provision à 1.000 francs;

» Attendu que, par conclusions du 28 mars 1901, J... a demandé que la demoiselle F... fût déboutée de sa demande et que, très subsidiairement, il a conclu à ce que le Tribunal ordonnât la preuve des faits par lui articulés et qui seront examinés plus loin ;

» Attendu que, par conclusions du 18 avril, la demoiselle F... expose que, le 20 septembre, elle est allée se faire soigner une dent à la *Clinique nationale des maladies de la bouche des Quinze-Vingts*, sise à Paris, rue Morot ; que J..., dentiste de service ce jour-là, lui piqua la dent malade ; que, bien qu'elle se fût évanouie, J... lui arracha cette dent et opéra si maladroitement qu'il lui fit une blessure à la voûte palatine ; que cette blessure a occasionné des désordres graves dont elle souffre encore ;

» Attendu qu'elle produit deux certificats de médecins : le premier, en date du 27 octobre 1900, qui constate la présence d'une escharre de la voûte palatine de la grandeur d'une pièce de cinq francs et différents symptômes indiquant que le sinus maxillaire a dû, très probablement, s'infecter ;

» Attendu que ce certificat se termine ainsi : « Cet état nécessite un traitement long et suivi, car la guérison sera longue, et l'on peut craindre des complications » ;

» Attendu que le second certificat du même docteur, en date du 18 mars 1901, se termine ainsi : « De plus, la malade sera obligée de porter un appareil obturateur, pour éviter la communication de la bouche avec le sinus maxillaire » ;

» Attendu, au surplus, que le Dr J... ne conteste pas la blessure ; qu'il la reconnaît, au contraire, puisqu'il essaie d'en donner l'explication et de prouver qu'elle est due à un fait dont il n'est pas responsable ;

» Attendu que J... expose que, le 20 novembre, après avoir soigné différentes personnes, il s'aperçut que la solution de chlorhydrate de cocaïne mise à sa disposition par l'Administration était épuisée ; et ayant demandé à l'infirmier de service, chargé de la distribution des médicaments, de lui renouveler sa provision, ce dernier lui obéit et lui présenta un flacon contenant un liquide inodore, incolore, présentant tous les caractères extérieurs d'une solution de chlorhydrate de cocaïne dans l'eau distillée, et étiquetée : chlorhydrate de cocaïne au 1/100 ; qu'il s'en servit pour anesthésier la demoiselle F... et une autre malade, la dame F..., sur la plainte de laquelle il a été tout récemment convoqué à comparaître devant le bureau d'assistance judiciaire, pour répondre à une demande de dommages et intérêts ;

» Attendu que le certificat médical, apporté par la dame F..., conclut à l'injection d'un liquide caustique ;

» Attendu, ajoute J..., que ces deux accidents, arrivés le même jour, présentant les mêmes caractères, sont évidemment dus à la même cause ;

» Attendu, ajoute-t-il encore, que ces accidents produits chez les deux malades par l'injection d'un liquide caustique ne peuvent être, dans ces conditions, imputés à une faute opératoire du concluant non chargé de la préparation des médicaments à lui fournis par l'Administration ;

» Attendu que c'est par suite de ce raisonnement et de cette prétention que J... a articulé les faits dont il a été parlé plus haut, et qui sont les suivants : 1° les malades opérés et anesthésiés par le Dr J... pendant la première partie de sa clinique, le 20 septembre 1900, n'ont ressenti aucune douleur consécutive aux opérations et injections anesthésiques par lui faites ; 2° la provision de chlorhydrate de cocaïne étant épuisée, l'infirmier, chargé par l'Administration de la distribution des médicaments, lui rapporta un flacon étiqueté : chlorhydrate de cocaïne au 1/100 et contenant un liquide inodore, incolore, présentant tous les caractères extérieurs d'une solution de chlorhydrate de cocaïne dans l'eau distillée ; 3° les médicaments nécessaires à la clinique dentaire des *Quinze-Vingts* sont mis à la disposition des médecins par l'Administration ;

» Attendu que ces faits articulés pourraient être pertinents si J... avait mis en cause l'Administration des *Quinze-Vingts* ou ceux à la faute desquels il attribue l'accident ;

» Mais attendu que, n'ayant appelé personne en garantie, il ne peut demander à établir que la responsabilité incombe à un autre qu'à lui-même ; qu'en effet, en admettant même que les faits se soient passés ainsi qu'il le dit, J... ne pourrait en aucun cas renvoyer la demoiselle F... à s'adresser à l'Administration des *Quinze-Vingts ;* que c'est bien lui, J..., l'auteur, et le seul auteur, du fait matériel dont la demoiselle F... a été victime ; que la demoiselle F... n'a vu que lui, n'a été opérée, n'a été même touchée que par lui seul ; que c'est donc à lui seul que la demoiselle F... doit s'adresser, et que lui seul doit, vis-à-vis d'elle, réparer le dommage qu'il lui a causé, sauf à lui à se faire indemniser ensuite par celui dont, en dehors de la demoiselle F..., il parviendrait plus tard à établir la responsabilité ;

» Attendu qu'il résulte de ceci que l'enquête sollicitée par J... ne peut être ordonnée :

» Attendu que la demoiselle F... a, de son côté, demandé une enquête, mais qu'aucun fait n'étant articulé, il n'est même pas possible, pour le Tribunal, de statuer sur cette demande ;

» Attendu que les deux parties en cause demandent une expertise ;

» Attendu que, cette expertise ne fût-elle même pas demandée, cette mesure d'instruction s'imposerait par la nature même du litige existant entre les parties ;

» Qu'il y a donc lieu de nommer trois experts, qui auront pour mission, non seulement de constater l'état actuel de la demoiselle F..., non seulement de se prononcer sur les conséquences probables de la blessure et sur la durée probable de ces conséquences, mais encore de rechercher et de préciser, autant qu'il leur sera possible, les causes de la blessure faite à la demoiselle F... ;

» *Sur la demande en 1.000 francs de provision faite par la demoiselle F... ;*

» Attendu que, si l'on s'en tient aux explications mêmes fournies par J..., on constate qu'il ne s'agit nullement là d'une faute opératoire engageant la science, l'habileté ou les aptitudes du médecin opérateur ; qu'il s'agit d'une imprudence ordinaire, puisque J... lui-même

veut en attribuer la responsabilité à un simple infirmier ; que cette imprudence consiste à avoir envoyé chercher une matière qui devait être introduite dans l'organisme d'une malade sans avoir pris les précautions nécessaires pour avoir la certitude, au moment même de l'opération, que la matière qui allait être injectée était bien celle qui devait l'être ; que les précautions les plus minutieuses devaient d'autant plus être prises que, d'après J... lui-même, le liquide qui devait lui être remis était inodore, incolore, et ne présentait par conséquent aucun signe extérieur pouvant permettre de le reconnaître ;

» Attendu que, sans doute, et comme il l'a soutenu à l'audience, J... ne pouvait faire l'analyse du flacon qui venait de lui être apporté ;

» Mais attendu qu'il n'y avait aucune nécessité de recourir à ce moyen, et que, puisque la pharmacie où se trouvait le chlorhydrate de cocaïne se trouve dans l'hôpital même où il faisait ses opérations, J... n'avait qu'à se rendre à la pharmacie, où il aurait lui-même demandé la substance dont il avait besoin et où on lui aurait remis à lui-même le liquide qu'il aurait employé ;

» Attendu que ce moyen était simple et sans inconvénient ; mais, qu'au lieu d'agir ainsi, J... a donné verbalement un ordre, que l'infirmier n'a pu que répéter verbalement, et qu'ensuite, il a rapporté une substance qui, en admettant les explications de J..., a causé tout le mal ;

» Qu'il ressort de là que la responsabilité de J... résulte de ces explications mêmes, et qu'il s'ensuit que l'allocation d'une provision se trouve justifiée ; qu'elle le serait, même si l'explication fournie par J... se trouvait plus tard controuvée, puisque, ainsi qu'il l'a été dit plus haut, le fait qu'il a seul opéré et même touché la demoiselle F... le rend vis-à-vis d'elle responsable des conséquences d'un accident, dont il pourra seulement, et s'il y a lieu, se faire garantir par une autre personne ;

» Attendu que le Tribunal a les éléments suffisants pour fixer à 400 francs le montant de cette provision ;

» Par ces motifs :

» Dit que par les Drs Laugier, Richardière et Chompret, ce dernier dentiste, que le Tribunal commet à cet effet, et qui prêteront serment, s'ils n'en sont pas dispensés par les parties, il sera procédé à l'examen de la demoiselle F...; dit que les docteurs susnommés s'expliqueront sur les conséquences probables de la blessure subie par la demoiselle F..., recherchant quelle est la cause de cette blessure et, pour cette recherche, s'entoureront de tous les renseignements qu'ils croiront utiles, pour former leur opinion sur ce dernier point ;

» Condamne, dès à présent, J... à payer, à la demoiselle F.... la somme de 400 francs à titre de provision, nonobstant appel ;

» Dit qu'il n'y a lieu de statuer, quant à présent, sur les autres conclusions des parties en cause. »

*
* *

TRIBUNAL CIVIL DE LILLE

Nous avons rapporté dans notre numéro du 30 mai 1901 un jugement du tribunal civil de Lille du 1er avril 1901.

« Un sieur R..., exerçant la profession de dentiste, avait pris le titre de chirurgien-dentiste et l'avait apposé sur des plaques placées à sa porte et inséré dans des annonces de journaux.

» Le tribunal, se fondant sur les articles 2 et 32 de la loi du 30 novembre 1892, interdit à R... l'usage de ce titre, et lui donne acte de son offre d'en supprimer la mention sur ses enseignes, plaques, imprimés et notes, en même temps qu'il le condamne à des dommages-intérêts envers ceux qui le poursuivaient et à l'insertion de la décision dans trois journaux de l'arrondissement de *Roubaix.* »

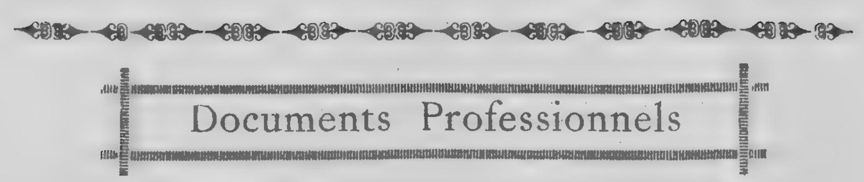
Cette décision n'a fait que confirmer une solution désormais solidement assise, et qui, d'ailleurs, ne pouvait faire doute.

Comme le porte l'arrêt de la Cour de Paris du 22 décembre 1899 (V. *L'Odontologie*, 1900, p. 179), en instituant le diplôme nouveau de chirurgien-dentiste et en subordonnant désormais à la nécessité de l'obtention de ce diplôme l'exercice de l'art dentaire, la loi du 30 novembre 1892 a, par là même, établi, au profit des personnes qui l'ont obtenu, le droit exclusif de se prévaloir des prérogatives qu'il confère.

Les poursuivants ont, d'ailleurs, été bien inspirés, en poursuivant M. R... au tribunal civil. Nous ne croyons pas, en effet, que l'usurpation par un *dentiste* du titre de *chirurgien-dentiste*, puisse être réprimée pénalement : car l'art. 19, § 2 de la loi de 1892, nous l'avons déjà dit souvent, ne parle que de l'usurpation *du titre de dentiste*, et le législateur, par mégarde sans doute, n'a pas distingué entre ceux qui ont le diplôme et ceux qui sont simplement inscrits au rôle des patentes au 1er janvier 1892, et, en l'absence d'un texte précis, toute poursuite correctionnelle est impossible, parce que les dispositions pénales ne peuvent s'étendre par voie d'analogie.

Mais il n'y en a pas moins préjudice volontairement causé, et il était juste que les tribunaux civils pussent mettre fin à cet intolérable état de choses.

W. F.



Sous cette rubrique nous publions tous les documents de nature à intéresser nos lecteurs et nous nous tenons à la disposition des divers GROUPEMENTS PROFESSIONNELS *pour insérer toutes les communications qu'ils désirent porter à la connaissance du public professionnel.*

CONGRÈS D'AJACCIO

Président. — M. Godon.

COMITÉ CONSULTATIF

Le Comité consultatif formé par le Bureau de la Fédération dentaire nationale pour la section d'Odontologie est constitué de la façon suivante :

Vice-présidents. — MM. Siffre, Viau.
Secrétaire général. — M. Sauvez.
Secrétaire-adjoint, trésorier. — M. Stévenin.

COMMUNICATIONS ET DÉMONSTRATIONS ANNONCÉES

Rapports à l'ordre du jour.

Dr *Frey.* — La sialo et l'urino-séméilogie.

Dr *Siffre.* — La migration spontanée des dents.

M. Choquet. — Etude de l'arrêt de la carie dentaire.

M. Delair. Méthode nouvelle de prothèse restauratrice.

M. Richard-Chauvin. — Technique des obturations de porcelaine.

Martinier. — Traitement prothétique des fractures du maxillaire inférieur.

Mendel-Joseph. — Des conditions de la sensibilité de la dent.

Richard-Chauvin. — Traitement des dents mortes par l'air surchauffé.

Dr *Pont.* — Pathogénie et traitement de la pyorrhée alvéolo-dentaire.

Touvet-Fanton. — Le problème relatif à la dispense du parallélisme des soutiens multiples dans les appareils de restauration intéressant les maxillaires. — Sa résolution. — Conséquence sur l'hygiène et sur le jeu physiologique des organes intéressés.

Roubien. — Nouvel appareil électrique s'appliquant à l'extraction des dents sans douleur.

Richard-Chauvin. — Obturation de porcelaine. — Traitement des dents mortes par l'air surchauffé. — Aurifications (méthodes diverses).

SOCIÉTÉS ADHÉRENTES

Toutes les Sociétés faisant partie de la Fédération dentaire nationale.

DÉLÉGUÉS

1re liste

Société d'Odontologie de Paris, M. Choquet.

Ecole dentaire de Paris, MM. Martinier, Richard-Chauvin, Lemerle, Touvet-Fanton.

Journal *L'Odontologie*, M. Papot.

Association générale des dentistes de France, M. Viau.

Ecole odontotechnique, M. le Dr Siffre.

Ecole dentaire de Lyon, M. le Dr Pont.

Société d'Odontologie de Lyon, M. Vichot.

Association des dentistes du Rhône et de la région, M. Harwood.

Ecole et clinique dentaires de Bordeaux, MM. Brugeille, Rolland, Seigle.

Syndicat des chirurgiens-dentistes de France, MM. Ronnet, Paulme, Bruel, Guillot, Rollin, Fabre, Hervochon, Pylmier, Stévenin, Fresnel.

1re LISTE D'ADHÉRENTS [1]

MM. Bioux, de Paris.
Bonnard, de Paris.
Bruel, de Paris.
Brugeille, de Bordeaux.
Choquet, de Paris,
Delair, de Nevers.
Fabre, de Paris.
Fresnel, de Paris.
Dr Frey, de Paris.
Dr Godon, de Paris.
Gross, de Constantine.
Guillot, de Paris.
Harwood, de Lyon.
Heïdé, de Paris.
Hervochon, de Paris.
Lemerle, de Paris.
de Marion, de Paris.
Martinier, de Paris.
Mendel-Joseph, de Paris.
Meng, de Paris.

MM. Papot, de Paris.
Paulme, de Paris.
Dr Pont, de Lyon.
Pylmier, de Paris.
Richard-Chauvin, de Paris.
Dr Rolland, de Bordeaux.
Rollin, de Paris.
Ronnet, de Paris.
Roubien, d'Hyères.
Dr Roy, de Paris.
Dr Sauvez, de Paris.
Sautier, de Mantes.
Seigle, de Bordeaux.
Dr Siffre, de Paris.
Stévenin, de Paris.
Thuillier, de Rouen.
Touvet-Fanton, de Paris.
Viau, de Paris.
Vichot, de Lyon.
Weber, de Paris.

RÉUNION DE LA FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE

La Fédération dentaire nationale tiendra à Ajaccio une séance dont nous publierons l'ordre du jour prochainement.

---

1. Nous rappelons à nos Confrères qu'ils peuvent emmener avec eux les membres de leur famille; nous avons déjà reçu plusieurs inscriptions à ce sujet

Il résulte d'une communication adressée par M. Gariel, secrétaire du conseil de l'Association, que toute personne qui se fait inscrire comme membre de l'Association fait partie du droit du Congrès et que toute personne s'inscrivant pour le Congrès est par cela même membre de l'Association pour l'année.

Ces inscriptions n'engagent d'ailleurs en rien l'avenir et l'on n'est pas astreint à les renouveler l'année suivante.

L'Association facilite du reste à ses membres le rachat des cotisations à un taux avantageux ; mais chacun d'eux est libre de se retirer s'il lui convient.

En conséquence, les personnes désireuses d'assister au Congrès d'Ajaccio doivent simplement remplir le Bulletin de souscription ci-dessous, qui ne les lie que pour une année.

Les membres qui veulent bénéficier de la réduction consentie par les Compagnies de chemins de fer doivent envoyer avant le 25 juillet leur adhésion au Secrétaire de l'Association française pour l'avancement des sciences.

CONGRÈS D'AJACCIO

(8 au 14 septembre 1901)

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

BULLETIN D'ADHÉSION

PRIÈRE DE M'INSCRIRE AU NOMBRE DES MEMBRES DE L'ASSOCIATION

Comme membre annuel (**20 francs** de cotisation annuelle).

*Nom :*______________________________

*Prénoms :*______________________________

*Qualité ou Profession :*______________________________

*N°*________, *Rue*______________________________

*à*________________, *département d*______________________________

SIGNATURE.

Les membres nouveaux de l'Association sont priés, *afin de rendre leur inscription définitive*, de bien vouloir, en retournant le présent Bulletin, acquitter leur cotisation, qui est de 20 francs.

Les souscriptions sont reçues au **Secrétariat, 28, rue Serpente, à Paris,** soit directement, soit en mandats-poste ou chèques au nom de M. GARIEL, *Secrétaire du Conseil.*



CORRESPONDANCE

A M. TOUVET-FANTON

C'est avec stupéfaction que je lis, à cette même place dans *L'Odontologie* du 30 mai dernier, une lettre où je suis violemment pris à parti par M. Touvet-Fanton au sujet de mon article « *Rendons à César* » paru dans le *Monde dentaire* de février 1901.

M. Touvet-Fanton y parle de mes *vagues illusions*, et prétend remettre les *choses en place*, en voulant absolument nous faire accroire qu'il est le créateur de l'idée, très ingénieuse, de l'adaptation des pivots à rotule des bridge-works dans le travail des appareils mobiles.

Or, si nous ne sommes pas aveugle, il nous sera facile de trouver dans le compte rendu du *Troisième Congrès dentaire national* tenu à Paris les 28-29-30 et 31 octobre 1897, pages 166-167-168, l'article suivant.

Ce n'est pas un chef d'œuvre littéraire, assurément, mais il dit bien ce qu'il veut dire, c'est une traduction, mot à mot, du travail de W. M. Spaulding.

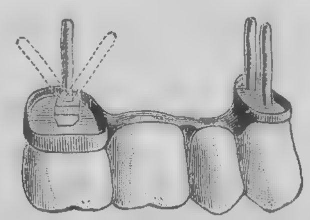
« *Si une dent vient à casser, il faut en choisir une autre, l'ajuster et* » *la fixer avec du ciment; une réparation ne peut être plus simple, mais* » *cet accident arrive rarement, les dents à tube étant très résistantes.* » *Une particularité frappante dans ce travail à pont consiste dans l'a-* » *daptation d'un pivot mobile dans la racine antérieure de la grosse* » *molaire, et cela sans force aucune. En effet, supposons deux racines* » *divergentes: l'impossibilité matérielle d'introduire nos pivots nous* » *empêchera d'enfoncer notre pont; avec ce dispositif de pivot mobile,* » *plus d'impossibilité, car notre pivot prendra la direction pour le place-* » *ment du pont; et ce dernier, arrivé en bonne place, sera contenu dans* » *la racine par le seul fait de son introduction même, surtout si nous* » *avons soin au préalable d'enduire pivot, racine et chapeau d'un* » *ciment préparé suffisamment fluide suivant les procédés ordinaires.* »

Puis, immédiatement, l'auteur revient à son sujet: les dents à tube; le pivot à rotule n'était qu'accessoire, c'est-à-dire une simple difficulté vaincue.

C'est moi-même qui, le 30 octobre 1897, à 3 h. 35 de relevée, ai traduit avec Spaulding cet article. C'est moi-même qui ai pris la craie et qui, sur le tableau noir, ai dessiné ce bridge pendant que l'original reproduit plus haut circulait dans l'assistance.

Il me semble que je suis quelque peu qualifié pour discuter cette question.

M. Touvet-Fanton me fait un grief de ne pas avoir assisté à la séance dans laquelle il a solennellement annoncé à ses confrères qu'il venait de faire une découverte sensationnelle ! Si,lui le regrette, moi pas. Il me semble que je serais devenu enragé s'il m'avait fallu subir une démonstration qui, dans *L'Odontologie*, se traduit par dix-



Appareil à pont de quatre dents à tube, monté sur chapeaux de racine, décrit de mémoire[1] et que l'auteur me communique. C'est le même qui a circulé de mains en mains au Congrès des 28-29-30-31 octobre 1897. On remarquera le pivot à rotule à l'une de ses extrémités dans le chapeau de grosse molaire.

neuf figures géométriques, dix-sept pages de texte — sans compter la suite au prochain numéro — tout cela pour démontrer qu'un pivot à rotule peut prendre la direction assignée par une racine.

Il m'a suffi, pour remettre les choses à leur vraie place, de rappeler que, si quelqu'un avait droit de se prévaloir d'une paternité quelconque du sujet si laborieusement traité par M. Touvet-Fanton, c'était M. Spaulding seul. Ses appareils ont fait leurs preuves depuis nombre d'années, ils ont broyé des centaines de kilogs d'aliments tandis que ceux de M. Touvet-Fanton ne sont encore qu'au biberon ; rien ne dit que dans quelques années je n'aurai pas à constater — et je le ferai avec mon indépendance habituelle — une découverte de ce confrère ; mais pour aujourd'hui, je dois à la vérité de dire que sa découverte n'en est pas une : ce n'est pas ma faute, ce n'est peut-être pas davantage la sienne, mais sapristi, ce n'est pas une raison pour s'en fâcher.

H. LÉGER-DOREZ.

---

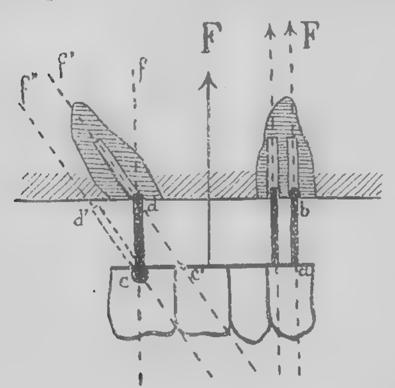
1. V. *Monde Dentaire*, février 1901, pages 25-26-27.

A M. LÉGER-DOREZ

Désireux de voir se clore l'incident, nous avons cru devoir communiquer à M. Touvet-Fanton la lettre de M. Léger-Dorez; il nous a remis en réponse les lignes suivantes.

N. D. L. R.

J'étais déjà très assuré que M. Léger-Dorez connaissait peu de chose à la question des pivots à rotule et de la dispense du parallélisme : réduit à préciser, il vient lui-même d'en fournir la preuve irréfutable. Il suffit pour en convaincre mes confrères de leur soumettre la figure de l'appareil, en position d'être placé.



Tout d'abord, dans l'appareil qu'a présenté M. Spaulding au Congrès, il existe un pivot mobile, mais un « pivot mobile » n'est pas pour cela *à rotule* : il n'est ici qu'à simple charnière, première erreur manifeste.

Mais, un pivot mobile, serait-il à rotule, *uni à un pivot fixe* (et à plus forte raison à dent), ne dispense de rien du tout, car *il ne peut pas se conduire autrement que s'il était lui-même fixe.*

C'est, en effet, la mobilité *seule* du « pont » et non celle d'un pivot qui *peut* dispenser du parallélisme, et à certaines conditions seulement.

C'est ce que M. Léger-Dorez n'a pu encore comprendre malgré mes démonstrations de plus en plus nécessaires (V. *L'Odontologie*, p. 495, 96, 97. Fig. 10 et 12).

Pour pouvoir « entrer », ici, il faudrait en outre au pivot mobile, même à rotule, un mouvement à glissière de *c'* en *c* (V. *L'Odontologie* p. 500), et ce n'est pas le cas, *ou bien*, que les pivots pénétrassent dans de véritables *trous* fournissant un *jeu* d'un diamètre total égal à *cc'*, comme s'ils étaient *tous* fixes : et c'est le cas ici où l'appareil *fixé au ciment est un* BRIDGE INAMOVIBLE, *et ne pourrait pas ne pas l'être.*

Il ne dispense donc pas du parallélisme, c'est une illusion et une erreur mathématique.

Il n'y a donc rien de commun entre lui et le bridge mobile.

Il n'y a donc rien de commun entre lui et la solution du problème de la dispense du parallélisme, que j'ai trouvée, par le moyen des pivots à rotule.

C. Q. F. D.

Ed. TOUVET-FANTON.



Mme FABRE

Nous avons le regret d'apprendre le décès, à l'âge de 30 ans, de Mme Fabre, de Paris, femme de l'un des membres de l'Association générale des dentistes de France.

Nous adressons à son mari et à sa famille l'expression de nos vifs regrets.

H. J. MACKELLOPS

On annonce la mort de M. H.-J. Mackellops, décédé le 23 avril 1901, à Saint-Louis (Missouri), à l'âge de soixante-dix-huit ans.

Il était né à Saline, dans l'Etat de New-York, le 31 août 1823. Il étudia à l'Université de Missouri de 1842 à 1844, puis à l'Ecole de médecine de Saint-Louis, mais ne prit jamais de degré médical. Son beau-père le décida à étudier et à pratiquer la dentisterie et en 1855 il recevait le titre de D.D.S. du Collège de chirurgie-dentaire de l'Ohio en récompense de son habileté et des services qu'il avait rendus à la profession, sa réputation ayant déjà dépassé le Missouri et s'étant répandue dans tous les Etats-Unis. Il séjourna à Londres et à Paris de 1863 à 1865. Il démontra à la Société odontologique de Londres l'emploi du maillet électrique en 1864. Il introduisit à Saint-Louis l'usage de la gencive continue inventée par John Allen.

Il fut l'un des organisateurs de la Société dentaire de Saint-Louis, fondée le 9 décembre 1856 et en devint président en 1879. Il contribua à organiser l'Association dentaire de l'Ouest en 1880, fut le premier président de l'Association dentaire américaine en 1878 et fut élu président de l'Association dentaire du Sud en 1884.

Il avait été soldat et avait fait la guerre contre le Mexique en qualité de capitaine. C'est là qu'il avait reconnu la nécessité des dentistes dans l'armée; et il avait pris l'initiative d'une campagne pour obtenir la nomination de chirurgiens-dentistes militaires. (On sait que cette mesure a été adoptée au commencement de la présente année par le Parlement américain.)

M. H.-J. Kellops était l'un des hommes les plus marquants de la profession et il marchait toujours à la tête du progrès.

Il a joué un rôle considérable pendant sa longue carrière si bien remplie.

Mlle DUVIGNAU

Nous avons le vif regret d'apprendre la mort de Mlle Eléonore Duvignau, chirurgien-dentiste D.E.D.P. et F.M.P., décédée à Arcachon, après une longue et douloureuse maladie, à l'âge de 24 ans. Elle avait fait de très bonnes études à l'Ecole dentaire de Paris et y avait obtenu deux médailles d'argent et un prix de clinique.

Elle était la fille de deux des plus anciens et des plus dévoués serviteurs de l'Ecole, que toutes les générations d'élèves ont connus et estimés, et auxquels nous adressons l'expression de nos très sincères sentiments de condoléance et de sympathie.

E. P.

IN MEMORIAM

Dr EMMANUEL LECAUDEY

Les membres de la Société dentaire américaine d'Europe ont appris avec un profond regret la mort de leur distingué confrère le Dr Théodore-Emmanuel Lecaudey.

Etant donné que ce triste événement a fait perdre à la profession un de ses membres les plus respectés, dont la réputation s'étendait non seulement dans son pays, mais dans le monde civilisé où elle était hautement appréciée ;

Les membres de la Société expriment à sa famille affligée leur respectueuse sympathie.

W. E. Royce, N.-S. Jenkins, W.-R. Patton, membres du Comité de la Société dentaire américaine d'Europe (*American dental Society of Europe*).

(Extrait de la *Dental Review* du 15 juin 1901.)

Nous adressons nos vifs remerciements à la Société dentaire américaine d'Europe.

LA RÉDACTION.

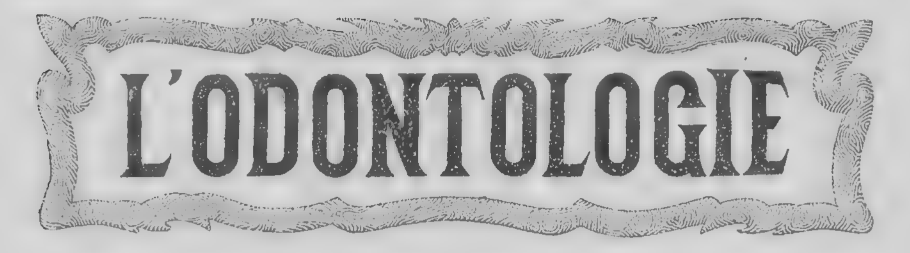


Citation.

A propos de la thèse de M. Godon, M. le Dr Rolland fait dans les *Archives nationales de stomatologie et d'art dentaire* une analyse impartiale de la thèse de notre directeur. C'est avec le plus grand plaisir que nous extrayons le passage suivant :

« Nous adressons en notre nom personnel et au nom de notre école, nos félicitations à notre distingué confrère et nous formons des vœux pour le rapprochement amical et sincère de nos institutions. »

21e ANNÉE. N° 14 30 JUILLET 1901 VOL. XXVI



L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

Travaux Originaux

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LA VALEUR DU PLATRE D'ALBATRE COMME MATIÈRE DE PANSEMENT HERMÉTIQUE

Par M. le Dr G. MAHÉ

(Communication à la Société d'odontologie. Séance du 4 juin 1901.)

Dans une de vos dernières séances, M. Papot vous a signalé un article dans lequel je m'attachais à discuter des idées antérieurement soutenues devant vous par M. Mendel-Joseph. J'essayais dans la première partie de cet article de démontrer que la phase parapulpaire de la carie dentaire existe en effet, mais qu'elle me paraît dans la réalité sensiblement différente de la description de notre distingué confrère. Dans la seconde partie, je m'efforçais surtout d'établir : d'abord que le procédé de coiffage proposé par M. Mendel-Joseph ne pouvait être regardé comme nouveau quant à ses principes ; ensuite que, considéré en lui-même, il n'était pas sans soulever encore quelques reproches d'imperfection.

Un de ces reproches était que l'obturation provisoire au

plâtre d'albâtre, véritable innovation proposée par M. Mendel-Joseph pour remédier à toutes les imperfections du passé, répondait fort mal au contraire aux exigences du sujet. Sur ce point une affirmation ne suffit pas et j'ai à vous démontrer d'une façon plus précise le bien-fondé de mes critiques.

Elles reposent sur trois points :

1° La porosité du plâtre le prive totalement d'étanchéité ;

2° Il laisse s'effectuer à travers sa masse les échanges osmotiques ;

3° Il absorbe dans sa propre masse le médicament qu'il est censé conserver intact pour les parties malades sous-jacentes.

Les expériences que je vais vous rapporter démontrent la réalité de ces défauts.

D'une façon générale j'ai cherché à les vérifier et à les évaluer par la rencontre et le mélange à travers une couche de plâtre d'albâtre de solutions capables de donner une réaction colorée très sensible et très nette.

Pour cela j'ai pris des tubes de verre parfaitement propres et secs et j'en ai obturé une des extrémités avec un tampon de plâtre d'albâtre. A l'intérieur du tube j'ai versé quelques gouttes de l'un des réactifs, et j'ai placé l'extrémité inférieure de ces tubes dans l'autre réactif, en ayant soin que le niveau du liquide extérieur arrivât exactement sur le même plan que la partie inférieure du ménisque concave formé par le liquide intra-tubulaire, de façon à ce que l'équilibre des pressions fût parfait et que le mélange des solutions ne pût être attribué à ce facteur.

J'ai gâché mon plâtre soit à *l'eau pure*, soit avec une *solution concentrée de sulfate de potasse*, et j'ai varié l'épaisseur de sa couche. Je l'ai mis en contact avec les réactifs *encore plastique* et *complètement pris*. Je l'ai essayé *à nu* et *recouvert* de *paraffine* ou de teinture *de benjoin*. Mes réactifs ont été successivement *alcalins* et *acides;* la plupart étaient des solutions *aqueuses* de corps très solubles, mais l'un d'eux l'était peu. En un mot, j'ai

cherché, en variant les conditions de l'expérience, à écarter toute cause d'erreur accidentelle, qui eût pu en fausser les résultats.

Or, ces résultats, comme on va le voir, ont été, à des nuances de degré près, toujours identiques et constants, et ont démontré la grande perméabilité — déjà *a priori* évidente — du plâtre d'albâtre.

A. PERMÉABILITÉ PROPREMENT DITE :

1re Expérience. — Réactif alcalin.

Plâtre gâché à l'eau. Epaisseur du tampon : *2 millimètres en* moyenne.

Réactif intra-tubulaire : *phtaléine.* Réactif extra-tubulaire : *eau ammoniacale* à 1 o/o. Le mélange de ces deux solutions donne une coloration rouge pourpre intense.

Tube n° 1. — Mise en contact avec les réactifs du plâtre encore plastique. La coloration pourpre caractéristique apparaît sous forme d'un anneau dans *l'épaisseur* du plâtre, *30 minutes* plus tard. La phtaléine est complètement colorée en *4 heures 20.*

Tube n° 2. — Plâtre recouvert extérieurement (encore plastique) d'une goutte de benjoin ; séchage 2 minutes ; puis mise en contact avec les réactifs Apparition de la réaction en *45 minutes.* Coloration complète en *5 heures* 5.

Tube n° 3. — Plâtre mis en contact avec les réactifs après 20 minutes de prise. Apparition de la réaction en *5 minutes.* Coloration complète en *3 heures 35.*

2e Expérience. — Même disposition, mêmes réactifs que précédemment, mais le tampon de plâtre avait ici en moyenne *9 millimètres,* épaisseur qu'il sera, dans la plupart des cas, impossible d'atteindre pour une obturation dentaire.

Tube n° 1. — Plâtre mis en contact avec les réactifs encore plastiques. Apparition de la réaction en *1 heure 20.* Coloration complète en *6 heures 30.*

Tube n° 2. — Plâtre recouvert extérieurement (encore plastique) d'une goutte de paraffine. Apparition de la réaction en *1 heure 50.* Coloration complète en *6 heures 20.*

Tube n° 3. — Plâtre mis en contact avec les réactifs après 30 minutes de prise. Apparition de la réaction en *55 minutes.* Coloration complète en *6 heures 20.*

3e Expérience. — Plâtre gâché avec la solution de sulfate de potasse. Tampon de *2 millimètres* en moyenne. Même disposition, mêmes réactifs que précédemment.

Tube n° 1. — Mise en contact dès la prise. Apparition de la réaction en *10 minutes.* Coloration complète en *40 minutes.*

Tube n° 2. — Recouvert dès la prise d'une goutte extérieure de benjoin. Apparition de la réaction en *45 minutes.* Coloration complète en *1 heure 50.*

Tube n° 3. — Mise en contact après prise complète. Apparition de la réaction en *5 minutes*. Coloration complète en *40 minutes*.

4e Expérience. — Réactif acide.

Plâtre gâché à l'eau distillée. Épaisseur du tampon *2 millimètres*. Réactif intra-tubulaire : solution aqueuse faible de *perchlorure de fer*. Réactif extra-tubulaire : solution aqueuse de *ferro-cyanure de potassium* faite à saturation, puis dédoublée. Le mélange de ces solutions donne un précipité bleu très intense, dit bleu de Turnbull. Dès la prise du plâtre, le tube est plongé dans la solution de prussiate. Il y reste 10 minutes *vide*. A ce moment, on ajoute dans le tube 2 gouttes de la solution ferrique.

Apparition de la réaction bleue sous la forme d'un anneau très fin et très net, au 1/3 supérieur du tampon de plâtre, en *10 minutes*.

En *4 heures 35* les couches inférieures de la solution ferrique intra-tubulaire sont bleu intense. — Le bleu de Turnbull étant fort peu soluble, la diffusion de la réaction s'en trouve retardée.

5e Expérience. — Plâtre gâché au sulfate. Tampon de *2 millimètres* environ. Mêmes réactifs que précédemment, mais ils sont mis simultanément en contact avec le plâtre.

Tube n° 1. — Mise en contact dès la prise. Apparition de la réaction en *7 minutes*. Coloration complète des couches inférieures en *2 heures*.

Tube n° 2. — Recouvert dès la prise d'une goutte extérieure de benjoin. Apparition de la réaction en *7 minutes*. Coloration complète (couches inférieures) en *2 heures*.

Tube n° 3. — Mise en contact après prise complète. Apparition de la réaction en *2 minutes*. Coloration complète en *1 heure 3/4*.

6e Expérience. — Pour cet essai, j'ai fait choix d'un réactif *peu soluble dans l'eau* et dont la diffusion à travers le plâtre ne pouvait être attribuée à un mélange rapide à l'eau « de prise » de ce dernier. Je n'ai pas cru pouvoir en choisir de meilleur que le *gaïacol*, employé par M. Mendel-Joseph.

Plâtre gâché au sulfate. Tampon de *3 millimètres* en moyenne. Réactif intra-tubulaire : 2 gouttes de *gaïacol cristallisé*, fondu à la chaleur et resté en surfusion. Réactif extra-tubulaire : solution aqueuse et faible de *perchlorure de fer*. Le mélange de ces solutions donne une réaction vert foncé qui passe très rapidement au brun acajou.

La mise en contact a eu lieu dès la prise du plâtre et simultanément pour les deux réactifs. La coloration acajou caractéristique apparaît au centre du plâtre sous forme d'un anneau en *20 minutes*.

7e Expérience. — Plâtre gâché à l'eau. Mêmes réactifs. Tampon de *3 millimètres*.

Dès la prise, c'est-à-dire le plâtre encore tout humide, deux gouttes de gaïacol sont versées dans le tube et sont laissées en contact avec le plâtre pendant *55 minutes*, avant de plonger le tube dans la solution ferrique. De cette façon je cherche à éviter que le perchlorure, infini-

ment plus soluble que le gaïacol, ne puisse être accusé de pénétrer le plâtre à lui tout seul.

10 minutes après le placement du tube dans la solution ferrique, la coloration acajou apparaît intense, non plus au centre du plâtre, mais à sa base, ce qui indique bien que le gaïacol *seul* a pénétré dans le plâtre.

A partir de ce moment, le gaïacol semble *filtrer* à travers le plâtre et *tomber dans la solution* de perchlorure dont il gagne le fond en formant d'abondants nuages brun acajou foncé.

8e Expérience. — Tous les essais précédents sont passibles d'une objection : mes tubes étant ouverts à leur extrémité supérieure, la pression atmosphérique s'exerce sur le réactif intra-tubulaire au même titre que sur le liquide extérieur, et de ce chef, il résulte, pour les échanges entre les réactifs, une liberté qui n'existe peut-être pas dans la pratique, puisque, l'obturation fermant une cellule close déjà de tout autre part, il y a entre l'intérieur de cette cellule et le milieu ambiant une différence de pression susceptible de contrarier ou d'empêcher l'échange.

Pour vérifier ce point, j'ai fermé un tube à la lampe et en ai fait une sorte d'alvéole de 1 cent. 1/2 de profondeur environ. J'en ai rempli les trois quarts d'un feutrage de coton que j'ai ensuite imbibé d'une solution faible de perchlorure de fer en prenant bien soin *de ne pas mouiller* avec cette solution les parois du tube sus-jacents au coton. Puis j'ai obturé mon alvéole par une couche de plâtre d'environ 5 millimètres d'épaisseur en moyenne. J'ai ensuite recouvert ce plâtre de benjoin et j'ai immergé le tout dans la solution de ferro-cyanure.

L'anneau bleu est apparu au milieu du plâtre en *33 minutes*. En *10 heures* la coloration du coton intérieur était complète.

Pour bien apprécier la signification de cette expérience, il faut considérer la masse du pansement, l'épaisseur du plâtre, bien supérieure à ce qu'on peut introduire dans une dent, enfin l'insolubilité relative du précipité obtenu qui retarde d'une façon sensible la pénétration du liquide.

Il en résulte que dans les conditions les plus rapprochées de la réalité, un pansement recouvert de plâtre d'albâtre est susceptible d'être complètement transformé, à travers cette obturation, par le milieu extérieur, dans un espace de temps très sensiblement inférieur à l'intervalle minimum ordinaire qui sépare deux visites.

9e Expérience. — J'ai cherché à me rapprocher plus encore de la réalité dans cette expérience, où j'ai réduit le pansement et l'obturation aux limites maxima qu'elles peuvent atteindre dans une cavité dentaire.

J'ai donc comblé aux trois quarts un de mes alvéoles de verre avec de la cire. Au-dessus j'ai tassé une couche d'ouate représentant le pansement d'une forte cavité de molaire, j'ai imbibé cette ouate de gaïacol, j'ai obturé avec une couche de *2 millimètres* de plâtre d'albâtre, gâché au sulfate, et j'ai immergé mon alvéole dans environ 2 centimètres cubes d'eau distillée.

Dans un autre tube à essai, j'avais versé la même quantité d'eau distillée et je l'avais additionnée d'une goutte de solution officinale de perchlorure de fer — cette solution devant me servir de solution témoin.

Au bout de *vingt minutes* j'ai retiré l'alvéole du tube où il avait séjourné et j'ai additionné l'eau de ce tube d'une goutte de perchlorure de fer. La coloration plus foncée et progressivement accentuée m'a prouvé que déjà au bout de ce temps, une certaine quantité de gaïacol avait diffusé à travers l'obturation. Un nouvel essai dix minutes plus tard donna le même résultat.

L'alvéole fut alors plongée dans l'eau courante pendant cinq heures. Au bout de ce temps la dernière eau de lavage donna la réac ion du gaïacol. L'alvéole ayant été plongé dans de l'eau distillée, la présence du gaïacol dans cette eau fut très nettement décélable.

Le même essai renouvelé sous ces deux formes, onze heures plus tard donna le même résultat; de même encore au bout de vingt-quatre heures. A ce moment le plâtre fut essayé au perchlorure. Il contenait une forte quantité de gaïacol. Le coton aussi en contenait encore, notablement moins cependant qu'un coton de même volume fraîchement imbibé.

Si l'on veut bien considérer le très faible volume du pansement qu'on peut faire dans une prémolaire — la dent où le coiffage est le plus souvent indiqué — il apparaîtra comme possible que dans un laps de vingt-quatre heures la presque totalité du gaïacol ait transfusé hors de la dent, ce qui expliquerait peut-être l'odeur fade trouvée par M. Mendel-Joseph à ses pansements et qu'il attribue sans doute à l'absorption de l'antiseptique par les tissus dentaires. Il résulte de cette expérience qu'un médicament confié à une obturation de plâtre d'albâtre est susceptible de diffuser d'une manière continue à travers cette obturation.

Ces deux derniers essais, se complétant l'un par l'autre, démontrent que rien n'est plus incertain, plus hasardeux,

plus empirique et moins réglé que les résultats obtenus par cette méthode, ou plutôt malgré cette méthode.

10e Expérience. — Il résultait des différents essais rapportés ci-dessus qu'il est impossible de donner au plâtre d'albâtre l'imperméabilité qui lui manque à l'aide de benjoin et de paraffine, dans les conditions où ces adjuvants peuvent être employés dans la bouche. Je me suis en plus attaché à rechercher si d'une façon plus absolue il serait possible d'obtenir cette imperméabilisation d'une façon qui fût susceptible d'être ensuite réappliquée à la pratique.

J'ai pris deux tubes et je les ai obturés à l'une de leurs extrémités par un tampon de plâtre d'albâtre gâché à l'eau distillée et de quatre millimètres d'épaisseur en moyenne. J'ai laissé à la prise une demi-heure pour s'effectuer, puis j'ai déshydraté le plâtre par un séjour d'une autre demi-heure dans un four de cuisine très chaud. Ensuite j'ai plongé l'extrémité inférieure de ces tubes dans de la teinture de benjoin jusqu'à ce que le benjoin fût venu complètement imbiber la couche supérieure du plâtre, preuve qu'il avait, par capillarité, pénétré le plâtre dans sa masse, ce qui a également pris une demi-heure.

Le tube n° 1 a été immédiatement (benjoin humide) plongé dans le ferro-cyanure pendant qu'à l'intérieur il recevait une goutte de perchlorure de fer dilué.

Le tube n° 2 a subi le même traitement après séchage du benjoin, ce qui a demandé un quart d'heure environ.

Dans le tube n° 1 l'anneau caractéristique est apparu en *9 heures 1/4* et en *9 heures* dans le tube n° 2. Par conséquent cette préparation, qui au total a demandé de 1 heure 1/4 à 1 heure 1/2, n'a même pas donné une imperméabilité relative suffisante, puisqu'on peut évaluer à 20 heures le temps minimum moyen qu'on doit *couramment* laisser entre deux pansements et à 14 heures (de 6 heures du soir à 8 heures du matin) le temps minimum absolu dont on peut exceptionnellement se contenter.

11e Expérience. — Une expérience de comparaison m'a paru intéressante, sinon nécessaire.

A l'extrémité d'un tube, j'ai donc serré aussi parfaitement qu'il était possible un feutrage d'ouate de la même épaisseur que l'obturation au plâtre précédente ; puis j'ai imbibé cette ouate de teinture de benjoin (je recommande ce procédé comme très supérieur pour la propreté et la méthode au procédé ordinaire qui consiste à introduire dans la cavité dentaire un coton préalablement trempé dans le benjoin). Puis le tube a été immédiatement mis en contact avec les mêmes réactifs que ci-dessus. L'anneau caractéristique est apparu en 5 *heures 10*.

A partir de ce moment la réaction s'est faite dans les mêmes conditions qu'avec le plâtre imbibé de benjoin, c'est-à-dire un peu plus lentement que dans les essais antérieurs.

Je m'abstiendrai de commenter ce résultat qui m'a paru à moi-même assez imprévu.

B. ÉCHANGES OSMOTIQUES.

Les expériences précédentes démontrent la perméabilité du plâtre, au sens grossier du mot, c'est-à-dire la possibilité du filtrage, à travers ses pores, de solutions quelconques. Elles prouvent seulement qu'un médicament confié à cette obturation est un médicament mal gardé et sur l'action régulière duquel il serait imprudent de compter.

Les expériences suivantes ont trait à quelque chose de plus subtil, encore qu'au point de vue extérieur il semble y avoir une certaine analogie entre les deux phénomènes.

La dialyse est la propriété que possèdent les substances *cristallisées*, à l'exclusion de celles qui ne le sont pas, de diffuser hors de leur solution aqueuse, à travers une membrane, même imperméable au véhicule de ces solutions, comme une vessie de porc, ou une feuille mince de caoutchouc. Il ne s'agit plus ici du passage en bloc à travers un obstacle insuffisant d'une solution complète, dans laquelle le principe dissous se trouve naturellement et mécaniquement entraîné par le véhicule, mais bien de la translation, par suite d'un caractère qui lui est propre, d'une substance dont les molécules savent, sans se dissocier, abandonner leur premier dissolvant, passer à travers une membrane que ce dissolvant ne franchit pas et se répandre dans un autre liquide de concentration moindre, jusqu'à ce que l'équilibre de saturation soit égal des deux côtés de la paroi séparatrice.

12e Expérience. — Tube n° 1 obturé par un tampon de *2 millimètres* de plâtre à l'eau.

Il est immédiatement plongé dans de l'eau distillée, tandis que son intérieur est rempli du même liquide. Au bout d'une demi-heure, temps dans lequel les expériences précédentes ont démontré que la pénétration et l'équilibre des liquides étaient établis à travers le plâtre, l'eau intérieure est remplacée par une solution de sulfate de cuivre, concentrée, puis dédoublée. Le tube est replongé dans l'eau distillée. L'égalité des niveaux est vérifiée.

Toutes les demi-heures l'eau extérieure est essayée sur du papier au ferro-cyanure de potassium. La réaction caractéristique fait constater la présence dans cette eau du sulfate de cuivre, au bout de *9 heures 1/4.*

Tube n° 2. — Préparation identique, mais cette fois la solution de sulfate de cuivre est saturée. Passage du cuivre en *3 heures 1/2.*

Tube n° 3. — Préparation identique. La solution intra-tubulaire est saturée de chlorure de sodium. L'eau distillée extérieure dépasse cette solution d'un centimètre ; la pression s'effectue donc dans un sens *contraire et défavorable* à la dialyse. L'essai fait au nitrate d'argent montre le passage du sel en 7 heures.

Par conséquent, même abstraction faite de l'issue globale d'un liquide complexe à travers le plâtre d'albâtre, celui-ci est encore capable de laisser diffuser, par voie osmotique, les substances cristallisées qui constituent la grande majorité de nos agents de pansement.

C. Absorption.

Il me restait enfin à rechercher si, même en trouvant le moyen clinique d'imperméabiliser la surface externe d'une obturation au plâtre, on pouvait être sûr de l'intégrité du pansement sous-jacent. En d'autres termes, il fallait vérifier le jugement que j'avais cru pouvoir porter sur cette matière en l'accusant d'absorber dans sa masse et de soustraire aux parties auxquelles il est destiné le médicament qu'elle recouvre.

13e Expérience. — Pour cela, j'ai, comme précédemment, obturé un tube avec un tampon de *4 millimètres* de plâtre à l'eau. Dès la prise, j'ai tassé dans le tube, en contact intime avec le plâtre, une pâte de gaïacol et d'oxyde de zinc. Après 4 heures de contact j'ai fait sortir du tube le tampon de plâtre ; j'ai rejeté la pâte et gratté soigneusement la surface en contact avec elle, puis j'ai coupé en deux le tampon et j'en ai essayé chaque moitié au perchlorure de fer.

Le fragment supérieur — celui qui avait été en rapport avec le

gaïacol — donna une réaction rapide et intense. Le fragment inférieur la donna aussi dans sa moitié supérieure. La moitié inférieure (1 millimètre 1/2 sur 4) resta intacte. Les fragments plongés ensuite dans la solution faible de perchlorure la teintèrent abondamment et vivement.

Cela m'a paru une preuve suffisante de l'absorption dont le plâtre est capable, en un temps relativement court.

Ces expériences m'ont demandé plus de temps et de soins que le sujet n'en semblait peut-être comporter *a priori*. C'est que je pense qu'aujourd'hui, dans l'état actuel de notre science spéciale, à moins d'une découverte imprévue qui viendra la rénover totalement, le progrès sera surtout fait de successifs progrès de détail. Puisque donc, la gutta-percha ne semble plus être, à nos exigences affinées, d'une suffisante perfection, parce qu'elle adhère mal, au-dessus d'un pansement humide, et même sans cela ; parce qu'elle est déprimée par la mastication ; parce qu'elle résiste insuffisamment à l'usure, j'ai cru utile d'examiner à fond ce que valait un succédané qu'on lui proposait, et de dire, d'une façon documentée, aux chercheurs qui dans notre profession sont nombreux, qu'il y a encore mieux à trouver.

A PROPOS DE LA STÉRILISATION DES DENTS PROPOSÉE PAR M. CHOQUET

Par M. Loup,

Professeur suppléant à l'École dentaire de Paris.

Il n'est pas un de nous qui n'ait employé, dans le but de stériliser la dentine, soit dans la phase parapulpaire, soit dans la phase plus avancée de la décomposition de la pulpe et après sa disparition, l'alcool, le chloroforme, l'éther, etc., pour permettre à un agent antiseptique de la pénétrer et supprimer ainsi dans les canalicules toute action microbienne ultérieure à l'obturation.

Le pouvoir déshydratant de ces agents est mis en valeur par nombre de confrères qui se font certainement une juste idée de la stérilisation dentinaire par l'emploi simultané d'un dessicant et d'un antiseptique.

Dans le service de clinique du mardi à l'Ecole dentaire de Paris par exemple, l'alcool a toujours été indiqué comme devant précéder toute stérilisation et, plus même, comme devant être le premier stade dans l'anesthésie de la dentine en vue de l'excision.

Mais il est évident que le travail de M. Choquet nous donne une méthode plus complète, plus savante pour arriver à des résultats plus parfaits, peut-être trop parfaits même, ce qui, une fois de plus, nous montrerait que le mieux est l'ennemi du bien.

Certes, j'ai beaucoup admiré la transparence et la pénétration de certains produits, obtenues sur des morceaux d'ivoire, sur des dents, par le procédé Choquet, et j'ai craint, tellement les expériences de laboratoire sont remarquables, que l'intégrité de la pulpe ou du cément ne soit pas conservée. Aussi suis-je heureux de vous soumettre les quelques réflexions qui m'ont été suggérées par le travail de notre excellent confrère.

Nous pouvons diviser son travail en deux parties, selon

que nous nous attaquerons à la phase parapulpaire de la carie dentaire ou au quatrième degré proprement dit.

Dans la première phase nous trouvons la pulpe saine, recouverte d'une couche plus ou moins épaisse de dentine. Dans cette dentine les canalicules de Tomes ont un calibre d'autant plus grand que nous sommes plus proches de la pulpe. Or, en l'espèce, que devons-nous chercher? La réparation, la condensation de la masse dentinaire atteinte peut-être, mais non décomposée ; la formation, en somme, de la dentine secondaire par le processus normal physiologique que nous allons aider, provoquer même.

Et nous l'aiderons et le provoquerons ce processus de réparation, en considérant la pathologie comme un champ de bataille où se trouvent en présence deux ennemis irréconciliables, nos cellules et les microorganismes, tandis que le but de nos efforts, de notre thérapeutique, tend à éloigner les uns et à ravitailler les autres.

Or, je me demande si réellement c'est la conduite que nous tiendrons lorsque, prenant à la lettre la théorie de M. Choquet, nous pousserons la déshydratation dentinaire très loin à seule fin d'y faire pénétrer aussi profondément des antiseptiques ou bien, comme le veulent la théorie classique et M. Mendel-Joseph, par le gaïacol, dans le but de laisser une pâte antiseptique à perpétuité en contact avec un organe vivant.

La dessiccation poussée jusqu'à certaines limites ne va-t-elle pas produire sur la substance de l'ivoire une faiblesse excessive par manque d'eau, faiblesse augmentée jusqu'à la mort par l'infiltration d'un agent tel que nos antiseptiques ?

Car où s'arrêtera cette consomption des fibrilles dentinaires obtenue par l'alcool? Ne risquons-nous pas d'abaisser, par cette dessiccation intensive, le taux de résistance de la pulpe? Et alors, sous prétexte d'aller en avant détruire tous les microbes pathogènes, tous les ennemis de notre organisme, n'allons-nous pas affaiblir irrémédiablement notre pouvoir de défense?

Or, je ne saurais trop le répéter, l'antisepsie est la création d'un milieu impropre à toute vitalité ; si donc nous manions les antiseptiques, il faut s'en servir de telle sorte qu'ils nous débarrassent des microbes mais restent sans action sur les cellules saines.

C'est pour cette raison que je rejette la méthode des coiffages antiseptiques placés directement soit sur la pulpe soit même sur une couche mince de dentine qui sépare celle-ci du dehors, car cette pratique annihile ses fonctions réparatrices et provoque la mort par l'absence d'éléments réactifs au lieu de la laisser survenir comme conséquence des décompositions.

Je ne crois donc pas au pouvoir réparateur des fibrilles de Tomes après le traitement de M. Choquet, car les canalicules détruits ne sauraient faire de la condensation dentinaire.

Il y a des dents dont la maladie continue sous une bonne obturation ; donc, dites-vous, il est resté des microbes. C'est un fait, mais il ne prouve rien, attendu que, malgré les meilleurs traitements, des malades meurent tout de même, pendant que d'autres qui n'ont rien fait pour cela guérissent; aussi nombreuses sont les dents mal soignées qui font toujours bon office. De sorte qu'il faut prendre le milieu entre ceux qui n'observent aucune précaution et ceux qui poussent les précautions trop loin, et se rendre compte qu'il y a là, comme dans tout, une question de résistance, de terrain, d'activité cellulaire d'où dépend, si peu que vous l'aidiez, la victoire de l'organisme sur la maladie.

Convenons bien que nous ne guérissons personne, mais que nous aidons la guérison en éloignant les éléments étrangers à notre économie et que, dans le cas spécial qui nous occupe, nous sommes d'un concours précieux à la dent rien qu'en enlevant de la cavité malade tout le tissu décomposé jusqu'à ce que nous ayons la sensation du tissu sain. C'est une armée d'ennemis que nous retirons de la lutte; il ne nous faut plus que rechercher ceux qui sont cachés dans les ramifications canaliculaires; mais, n'y cherchons pas trop loin, nos procédés sont aveugles et atteignent les

éléments bons aussi bien que les mauvais; contentons-nous de détruire, à la surface de ce terrain apparemment sain, les micro-organismes oubliés par l'instrument et laissons les autres en face de l'organe plus fort, plus vigoureux, puisque l'ennemi est plus faible, et la lutte amènera la victoire, c'est-à-dire la guérison.

En abordant le deuxième cas dans lequel M. Choquet nous convie à pratiquer sa méthode de stérilisation, il semblerait que les craintes que j'ai émises, mais que je n'ai pas prouvées, je l'accorde, par l'expérience, pas plus qu'il ne m'a été certifié le contraire d'ailleurs, il semblerait, dis-je, que les craintes que j'ai émises pour la vitalité de la pulpe ou ses ramifications en vue de la surminéralisation, ne fussent plus fondées. Dans le 4e degré nous nous trouvons en présence d'un corps n'ayant plus de réaction physiologique et là, tout au moins, ce doit être le traitement idéal.

Certes, je ne demanderais pas mieux, mais il faudrait pour cela que je considérasse la dent sans pulpe comme une dent morte, et je m'y refuse ; j'accorde au cément une existence active tellement importante que la dent n'est réellement morte que lorsque le cément ne vit plus. C'est élémentaire; la mort de la pulpe n'entraîne pas forcément celle de la dent, tandis que la mort du cément amène forcément celle de la dent, témoin la périodontite expulsive et d'autres exemples encore. C'est pourquoi je demande la conservation intégrale des éléments de vitalité de ce tissu important, d'autant plus que, comme dans l'autre cas, leur diminution n'est pas calculable et que le but peut être facilement dépassé.

Or, je remarque que, dans les racines, la couche d'ivoire qui nous sépare du cément n'est pas épaisse ; et celui-ci sera facilement atteint par cette méthode et transformé en un corps inerte, sans vie, et dont le périoste se retirera ayant perdu toute attache, tout lien avec lui.

Et il m'apparaît alors que, si nous nous exposons à des dégâts, par la méthode proposée, dans la phase parapulpaire de la carie dentaire, nous nous exposons à en provoquer de plus sérieux dans les cas où la pulpe n'existe plus,

car, d'une part, nous risquons la mort de la pulpe et, de l'autre, la mort de la dent.

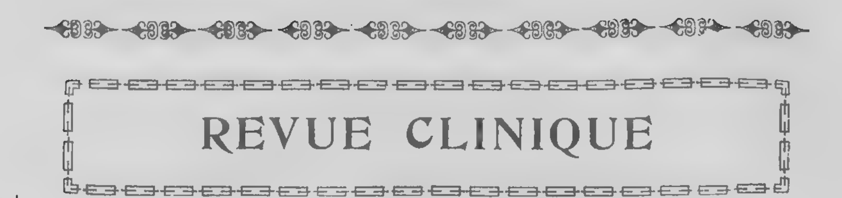
Sans doute, encore une fois, cela n'est pas plus prouvé que le contraire, mais on peut bien m'accorder, et c'est ce qui rend ma façon de penser plus sûre que, si l'on peut mourir d'infection, on le peut aussi de désinfection.

Tout dépend du degré de ces deux antagonistes, et dans l'espèce, dans le processus pathologique qui amène la mort de la dent après la disparition de la pulpe, nous trouvons deux phases dont une va expliquer le mode de mort exactement contraire à celui produit par la désinfection et suivant la même voie. Le canal d'une dent s'infecte, et j'admets qu'il ne produise pas d'abcès, cela s'observe, mais les parois du canal se ramollisent, la décomposition avance progressivement dans le sens de l'épaisseur de la racine, le cément est atteint, les canaux nourriciers s'infectent à leur tour, le périoste se détache et la racine tombe ; elle est noire, morte imprégnée des éléments qui l'ont tuée.

Remplaçons le processus morbide infectieux par la consomption des canaux nourriciers, par la dessiccation, ajoutons les antiseptiques et nous tuons avec une arme aussi sûre que dans l'autre cas.

Comparons les vaisseaux sanguins de notre corps aux canalicules de la dent ; croyez-vous que notre sort serait préférable en y injectant des antiseptiques qu'en y infusant du tétanos ? Moi, je n'y vois pas de différence. Aussi bien vois-je l'objection et vais-je y répondre. Point n'est besoin de pousser le procédé aussi loin ; il ne faut pas déshydrater la dent dans toute son épaisseur, mais seulement dans une faible mesure. Mais dans quelle mesure ? Outre que l'auteur ne l'a pas indiqué et que je considère que nous devons le suivre jusqu'au bout, alors même qu'il la ferait, je le regretterais, car il perdrait l'importance de son travail. Je pense que ce serait nous ramener à la pratique que je signalais dans le cours de cette argumentation : déshydrater et stériliser les couches superficielles de dentine apparemment saine et permettre la lutte organique naturelle dans tout

état malade. J'ai dans l'idée que ce que je faisais jusqu'à présent n'est inférieur au procédé de M. Choquet qu'autant que nous forçons sa méthode, comme il nous l'a montré par ses expériences de laboratoire. J'ai indiqué pourquoi je n'emploierai pas cette méthode, à moins que notre excellent confrère ne relève mes doutes, qu'il ne me dise que les fibrilles qui parcourent et l'ivoire et le cément ne risquent nullement d'être déshydratés, que cette dessiccation n'a aucune importance ni sur la pulpe ni sur le périoste par continuité des fibrilles, et qu'en outre il n'y a aucun inconvénient à faire pénétrer des antiseptiques dans ces petits canaux et dans ces conditions.



UN CAS DE GLOSSITE CAUSÉE PAR LA PREMIÈRE GROSSE MOLAIRE INFÉRIEURE DROITE

Par M. Em. Staviski

(Communication à la Société d'odontologie. Séance du 4 juin 1901.)

Le 20 janvier dernier, M. X..., vint, accompagné de sa sœur, ma cliente, me consulter au sujet d'une dent de la mâchoire supérieure gauche, dont il souffrait beaucoup depuis deux jours.

Avant que j'examine le malade, sa sœur me prévient que le médecin de ce dernier, chirurgien des hôpitaux, lui a dit de bien me recommander de ne pas extraire de dents au malade pour ne pas aggraver son état général, déjà assez mauvais par suite d'une maladie de la langue qui dure depuis trois mois. D'ailleurs, ajoute-t-elle, le 24 janvier, il y aura une consultation de deux célèbres chirurgiens pour décider sur l'opportunité d'une intervention chirurgicale.

Le malade est âgé de cinquante-deux ans. Jusqu'à l'âge de quarante-huit ans rien à signaler. Depuis il souffre de rhumatismes. C'est un grand fumeur. Sa mère a la goutte ; son père est mort à la suite de l'ablation d'une tumeur dans la région du cou ; malheureusement il m'a été impossible d'obtenir un renseignement exact sur la nature de cette tumeur.

Au mois d'octobre dernier le malade se plaignit au médecin d'une gêne dans la mastication et la parole, quoi qu'il n'éprouvât aucune sensation de douleur. Après l'examen de la bouche, le médecin porta le diagnostic de leucoplasie buccale et prescrivit comme traitement la cautérisation.

Les symptômes, après avoir disparu pendant un mois, réapparaissent. De nouveau le médecin cautérise la partie malade ; . mais, trois semaines après ce traitement, le malade se plaint de douleurs vives de la langue. Le médecin ordonne des gargarismes à la fois émollients et topiques. Les douleurs se calment pour quelques jours, mais reviennent ensuite avec beaucoup plus d'intensité.

A partir de ce moment le gonflement de la moitié droite de la langue commence en augmentant tous les jours. Le malade ne peut plus se rincer la bouche. L'affaiblissement, de jour en jour plus grand, provient de l'impossibilité pour le malade de se nourrir : on a peine à lui faire avaler un peu de bouillon. La fièvre, l'insomnie accompagnée de sueurs abondantes, et la dyspnée en font un véritable martyr. A l'examen je trouve la langue rouge foncée pendante, débordant les arcades dentaires. La constriction des mâchoires est encore assez faible ; néanmoins l'empreinte des dents antérieures du maxillaire supérieur est assez profonde. La bouche étant constamment ouverte, la salive s'écoule en dehors. La douleur de la langue est beaucoup plus vive du côté droit, mais l'œdème étant considérable, la différence de volume entre la moitié droite et gauche de la langue est presque imperceptible.

En examinant les bords de la langue, je remarque en face de la première grosse molaire inférieure droite, sur la face inférieure de la langue, une ulcération très peu accentuée, tandis qu'il n'y a rien du côté opposé. Les fibres musculaires du côté droit de la langue sont un peu ramollies ; du côté gauche elles sont très dures. Les ganglions cervicaux sont engorgés et les mouvements du cou douloureux.

Mon attention, attirée par l'ulcération, se porte naturellement sur la première grosse molaire inférieure droite.

Après examen attentif de cette dent, je trouve la moitié linguale de la face triturante obturée avec du ciment un peu usé au bord de la paroi linguale. Ce bord est très mince et ce n'est qu'en le touchant avec le doigt qu'on peut se rendre compte à quel point il est tranchant et que ce sont

ses petites aspérités qui ont pu causer ce désordre. La dent est de couleur foncée et donne sur les gencives une fistule radiculaire. J'avais à choisir, pour ce cas de glossite, entre deux traitements différents : 1° meuler le bord tranchant de la dent et soigner celle-ci après la guérison de la glossite ; 2° extraire la dent.

Je préférai le premier moyen parce que l'introduction d'une meule dans la bouche ne pouvait se faire sans provoquer des douleurs tellement vives que dans son état d'épuisement le malade n'aurait certainement pas pu les supporter.

Je pratiquai l'extraction sans anesthésie et je prescrivis un gargarisme approprié.

Dix jours après il ne restait plus trace de la glossite.

Il y a quinze jours, j'ai revu le malade : il se porte très bien.

REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX PROFESSIONNELS FRANÇAIS

Rectification.

Dans le numéro du *Progrès Dentaire* portant la date d'avril 1901, a paru un mémoire intitulé « Des granulômes et des kystes radiculo-dentaires », par le Dr Oskar Römer, travail lu à la 71e réunion annuelle des German Physicians and Doctors, à Munich, 19 septembre 1899, traduit de la *Correspondenz Blatt f. Zahnärzte* et de la *Quarterly Circular.*

L'auteur cite les travaux de Partsch (1892) et de Julius Witzel (1806) et expose des recherches personnelles, mais il ne fait pas la moindre mention des travaux considérables publiés antérieurement par un savant français, M. le Dr Malassez.

Nous rappellerons d'abord le mémoire *Sur les débris épithéliaux paradentaires*, paru en 1885, dans les Archives de Physiologie normale et pathologique, et la série de communications faites à la Société de biologie en 1884, 85, 86, 87 et 88.

Dans le *Mémoire des archives*, on trouve précisément (p. 314) un chapitre intitulé « *Fongosités radiculo-dentaires* » correspondant aux granulômes de M. Römer et plus loin (p. 320) un autre intitulé « *Kystes radiculo-dentaires* », où les principales particularités signalées par M. Römer sont décrites, figurées et commentées. Ainsi, M. Römer reconnaît (p. 99 du *Progrès Dentaire*) que parmi les granulômes il en est qui contiennent du tissu épithélial ; il en aurait même trouvé, à son grand étonnement, dans le canal radiculaire (p. 104). C'est ce qu'avait dit et figuré avant lui M. Malassez, dans son *mémoire* (p. 316 et 317, pl. 11, fig. 2). Certaines particularités signalées par M. Malassez semblent même avoir échappé à M. Römer. Il ne signale pas, par exemple, les caractères malpighien et adamantin que présentent parfois l'épithélium des fongosités radiculo-dentaires, et plus souvent et plus nettement celui des kystes. Cette constatation est cependant des plus intéressantes, et M. Malassez s'en est servi, ainsi que d'une série d'autres, pour expliquer l'origine de cet épithélium.

La démonstration du rôle provocateur des microbes dans le développement des kystes n'appartient pas davantage à M. Römer, et

l'on trouvera exposé (*J. des Cours. Méd.*, 1887, p. 28) des recherches remontant à 1884, et dans lesquelles a été démontrée la présence des microbes dans le canal dentaire, dans la cavité kystique et à la surface interne du kyste et dans les anfractuosités que cette surface présente.

Nous voulons croire que M. Römer a péché par ignorance ; mais s'il avait étudié la bibliographie et la question qu'il se proposait de traiter, il se serait évité un long et inutile travail. Le silence gardé par M. Römer est d'autant plus regrettable qu'il est privatdocent à Strasbourg, et que les recherches de M. Malassez ont été citées, confirmées dans une série de travaux parus en France et à l'étranger, en Allemagne en particulier. Son *Mémoire des Archives* a même été traduit en allemand dans une revue spéciale appelée *Revue et Archives Suisses d'odontologie* (juillet 1888, p. 264).

Après avoir pris connaissance des travaux de M. Römer, nous avons pensé que parmi les médecins français rédigeant ou dirigeant des journaux professionnels, il s'en serait trouvé au moins un qui aurait tenu à honneur de rétablir la vérité. Cette intervention ne s'étant pas produite, au moins à notre connaissance, nous publions cette note comme un hommage rendu à la justice et un témoignage d'affection et de respect pour le savant éminent dont nous nous honorons d'être l'élève et ami.

J. GALIPPE.

(Le Progrès Dentaire.)



REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX DENTAIRES ÉTRANGERS

I. — Hémorragie secondaire.

Le Dr Magoon parle dans le *Digest* d'un cas d'hémorragie tardive survenue sept jours après l'extraction d'une molaire du maxillaire supérieur. Ce qu'il y a de curieux à signaler en plus de cette hémorragie tardive, c'est que lors de l'extraction il n'y avait pas eu d'émission sanguine ; la cause ne peut en être déterminée.

II. — Le dentier d'un chat.

Un chat ayant reçu une blessure au maxillaire perdit toutes ses dents, raconte le *Harper's Young People*. Un dentiste du voisinage, après la prise de l'empreinte, qui ne fut pas chose facile du tout, plaça dans la bouche du blessé un râtelier parfaitement bien fait, mais qui fut sur le point de rendre enragé le pauvre animal. De guerre lasse on retira le dentier, puis on le replaça, si bien que peu à peu le chat finit par s'y habituer et qu'aujourd'hui il ne fait plus aucune difficulté pour se laisser mettre son dentier et qu'il mange aussi bien qu'avant la mésaventure !

III. — Vieilles coutumes.

Dans certains pays de Norvège on trouve, dit le *British journal of dental science*, des chaises de bois sur lesquelles on a enfoncé des dents temporaires.

C'était, paraît-il, une coutume très ancienne cette plantation des dents de la première dentition et qui avait pour but dans les croyances du paganisme de chasser le démon du mal de dents.

IV. — Le sucre et les dents ; le végétarisme.

Le Dr Gardener, dit le *Dental Record*, a étudié les objections faites à propos de l'action du sucre sur les dents. Ces dernières sont effectivement attaquées par les sucres, mais probablement par des sucres de mauvaise fabrication, car les Indiens noirs de l'Est en mangent énormément et cependant ils ont des dents parfaitement en bon état. C'est donc non au sucre lui-même qu'il faut s'en prendre, mais à sa mauvaise qualité.

Le même journal, analysant un article du *Medical journal*, dit que l'espèce humaine n'a pas les dents conformées pour ne manger que des végétaux ; on doit manger de la viande, sans cela les proportions physiologiques du corps ne sont pas conservées. Ainsi, chez les paysans irlandais qui sont végétariens on constate que la mort s'élève beaucoup, surtout chez les jeunes enfants et les personnes âgées.

V. — L'espace inter-proximal.

Dans un article de l'*Ohio dental*, le Dr Waiser recommande la séparation à l'aide de coton ou de tout autre agent des dents sur lesquelles on doit opérer. Il fait l'historique de la question et arrive à montrer que l'usage de couper ou de limer les dents atteintes de caries proximales est des plus mauvais comme résultats. En effet, en opérant ainsi, il y a attraction capillaire de la salive et par suite chances de caries. Il faut donc dans tous les cas séparer et ne jamais limer ; l'opération est plus longue, mais par contre plus logique.

L'*Items of interest* publie, au sujet de l'espace inter-dentaire et de l'écartement des dents pour la prévention de la carie dentaire, des articles pour ou contre l'extension et le limage. La place nous manque pour résumer cette intéressante question traitée par les Drs Ottolengui, Johnson, Black, Wedelstaedt, Klein, Durley, Holly Smith, W. Trueman, Perry ; nous renvoyons les lecteurs que la discussion peut intéresser au numéro des *Items of interest* de mars 1901.

VI. — La bouche du nouveau-né.

Dans un article paru dans le *Dental Cosmos* le Dr Kirk insiste sur la nécessité de tenir en bon état la bouche du nouveau-né. L'enfant naît la bouche exempte de germes, mais dès la première tétée, les germes du lait se trouvent dans sa bouche, car ce lait n'est pas entièrement bu, il en reste un peu sur le dos de la langue, les joues, et cela suffit pour que la fermentation se produise.

Les coliques, les diarrhées infantiles, l'irritation intestinale sont une conséquence de cette fermentation ; l'enfant est alors moins fort et comme il souffre au moment où ses dents se forment, son système dentaire peut s'en ressentir.

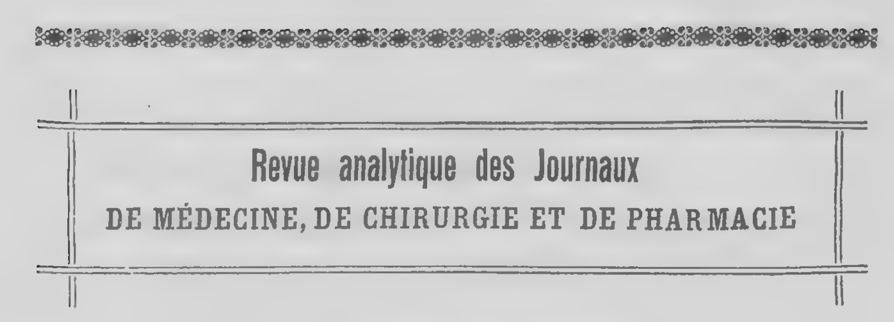
Il faut par conséquent laver la bouche de l'enfant chaque jour avec une solution d'acide borique, stériliser le lait et, dans le cas où l'enfant prend le sein, veiller à l'extrême propreté de la nourrice.

C. Charpentier.

VII. — Une nouvelle maladie professionnelle.

Le chirurgien-dentiste Lazarus, de Neu-Weissensee (Allemagne), décrit dans l'*Allgm. medic. Central-Zeitung*, dans une nouvelle maladie professionnelle. En une année, il a pu observer 20 cas de

carie dentaire et de nécrose des maxillaires chez des ouvriers qui travaillaient dans une fabrique de gutta-percha. Les lésions sont exactement les mêmes que dans les manufactures d'allumettes (nécrose phosphorée). Les ouvrières qui, au moment de leur entrée dans le métier, ont de la carie dentaire ou des racines cariées sont les plus prédisposées. Excepté la première malade, une jeune fille de 19 ans, qui avait travaillé à l'usine deux ans environ, toutes les autres ouvrières malades avaient de 25 à 35 ans. L'auteur réclame une inspection sanitaire par un dentiste avant la réception des ouvrières dans les usines de gutta-percha.



I. — Le bacille de Lœffler.

M. Mather, dans le *Monde médical*, remarque que le bacille de Lœffler séjourne dans la bouche bien après la guérison de la diphtérie pharyngienne. Le mucus salivaire et les cryptes de l'amygdale gênant l'action destructive de l'eau oxygénée sur le microbe, il recommande de dissoudre le mucus à l'aide d'une solution d'ammoniaque à 1 0/0. Les gargarismes à 14 0/0 d'eau oxygénée seraient alors d'une efficacité très grande.

II. — Séquestre volumineux.

M. Viannay, à la Société des sciences médicales de Lyon, présente un séquestre comprenant toute la branche montante gauche jusqu'au condyle, avec le commencement de la branche horizontale du maxillaire en plus. C'est à la suite d'un œdème datant de trois mois, accompagné de fièvre et de suppuration que le malade, âgé de quarante-six, ans vint à l'hôpital. Après l'extraction du séquestre, la suppuration disparut, ainsi que tous les phénomènes qui l'accompagnaient.

III. — Thèses.

1) Lavergne, *des sarcomes du maxillaire supérieur.* (Thèse de Paris, 1901.)

Dans le jeune âge, dit l'auteur, le sarcome myéloïde seul s'observe. A partir de 30 ans, on remarque la variété encéphaloïde seule et non plus la myéloïde. Les symptômes sont ceux de la périostite, de la sinusite; arrivé à la période d'état on doit en faire le diagnostic avec les gommes, les ostéomes, les kystes, les cancers et opérer rapidement, le diagnostic une fois posé. Le pronostic des variétés myéloïdes est favorable; il est au contraire fatal dans la seconde variété.

2) Balcam, *Ostéo-sarcome du maxillaire supérieur chez les enfants.* (Thèse de Bordeaux, 1900.)

Ce sarcome n'est pas très rare chez les enfants; le traumatisme

paraît entrer en ligne de compte étiologique ; en tout cas il évolue rapidement.

En opérant de bonne heure et largement les chances de succès sont grandes, quoique le pronostic de la tumeur soit en général grave.

IV. — Le permanganate de potasse, antiseptique buccal.

M. Grosrichard, de Besançon, dans le *Journal de méd. et de chir. pratiques*, recommande le permanganate de potasse pour les gargarismes buccaux, quels qu'ils soient. Ce médicament, dit-il, a la proprieté, en abandonnant de l'oxygène aux matières organiques de faciliter par oxydation la destruction des bactéries. Il doit être prescrit après chaque repas, à la dose de cinq gouttes d'une solution au 10ᵉ dans un verre d'eau. Les gingivites, stomatites d'origine microbienne, sont guéries radicalement en peu de temps avec ce médicament, qui stérilise sans irriter la muqueuse.

V. — Maxillaire d'un tabétique.

MM. Marie et Quillain, à la Société de chirurgie, attirent l'attention sur un malade qui perdit en huit jours toutes ses dents, trois ans après les premières atteintes du mal. Actuellement la partie antérieure de la mâchoire supérieure est totalement atrophiée.

VI. — Dentier et œsophagotomie.

L'œsophagotomie vient d'être pratiquée par M. Vallas (Société de médecine de Lyon), pour l'extraction d'une incisive artificielle avec crochets en or, avalée par une malade pendant le sommeil. Soixante-quinze jours durant la dent resta implantée enfin pour faire cesser les douleurs et les vomissements qu'elle ne cessait de provoquer, M. Vallas pratiqua son extraction. L'appareil avait sphacélé la muqueuse, ainsi qu'un peu de cartilage de la trachée. L'avulsion pratiquée, il n'y eut pas de complication et la malade se rétablit vite.

VII. — Kyste congénital de la langue.

A la Société d'anatomie de Bordeaux, M. Dunergey parle d'un malade âgé de trente-cinq ans, atteint de kyste congénital de la langue ; il a déjà été opéré plusieurs fois pour un kyste hyoïdien médian. La tumeur qu'il portait en arrière du frein à la langue datait de la naissance et avait la propriété de se vider sans qu'il s'en doutât. Ce n'est que depuis quelque temps que, la tumeur se vidant avec moins de facilité et grossissant en occassionnant des douleur, il

consulta à ce sujet et qu'on résolut d'en pratiquer l'excision, opération qui soulagea radicalement le malade. Il est intéressant de faire remarquer que ces sortes de tumeur séreuse sont fort difficiles à diagnostiquer et de plus peu communes dans les annales de la chirurgie.

A la même société, M. le Dr Bouvier présente un cas d'hypertrophie de la lèvre supérieure, hypertrophie survenue subitement et sans causes il y a cinq ans. Actuellement, la lèvre devenant encore plus volumineuse, les muqueuses des joues étaient œdématiées, le malade présentait une telle hypertrophie qu'on pouvait la comparer à une sorte de demi-groin. Le professeur Demons enleva une partie de la lèvre, mais sans grand effet pour l'hypertrophie. On posa le diagnostic de labialite avec ectasie lymphatique.

VIII. — Molaire dans le sinus.

M. Siaras, à la Société de médecine de Bordeaux, présente un malade auquel on a extrait une molaire implantée dans le sinus. Le malade, âgé de quarante-cinq ans, s'aperçut, il y a vingt ans, de la présence d'une tumeur fort petite sur la face latérale gauche du maxillaire supérieur en regard de l'orifice du canal de Sténon. La tumeur resta ainsi longtemps quand, il y a peu de temps, elle augmenta de volume, devint douloureuse. On pensa à un néoplasme, on ouvrit le sinus et l'on trouva, au milieu de pus caséeux, une molaire fixée dans la cloison orbitaire. La molaire enlevée, tout rentra dans l'ordre et aujourd'hui le malade est guéri.

IX. — Fracture du maxillaire supérieur.

M. Moty (Société de médecine du Nord) attire l'attention sur un malade qui, ayant eu, par suite de traumatisme, une fracture du maxillaire supérieur droit, se plaignait, après évolution normale des suites du traumatisme, de douleurs de tête et du maxillaire du côté gauche. A l'examen on constate une saillie osseuse sous le trou sous-orbitaire. Il y a eu, dit M. Moty, une fissure osseuse qui descendit jusqu'à l'arcade dentaire, traversa la voûte palatine et gagna le rebord opposé, ce qui expliquerait les douleurs.

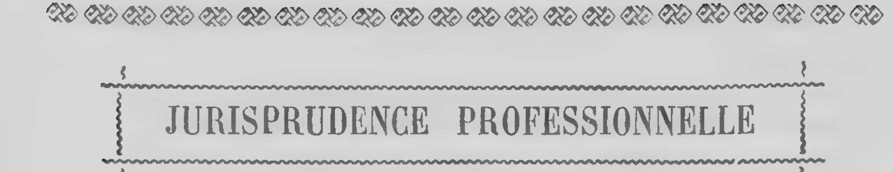
X. — La nectrianine et le cancer.

M. Dupin, dans la *Gazette des hôpitaux* de Toulouse, a essayé des injections de *nectrianine* contre le cancer et s'en est fort bien trouvé dans plusieurs cas, notamment dans un épithélioma du maxillaire supérieur suivi de récidive et arrêté dans sa marche par une série

d'injections sous-cutanées de 2 centigrammes et demi du médicament.

Un second cancer du plancher buccal, après deux insuccès opératoires, fut traité de la même façon et resta après le traitement, lui aussi, sans récidive. *La nectrianine*, ajoute M. Dupin, semble être d'un emploi facile et exempt de danger. Disons, pour terminer, deux mots de son histoire. C'est l'ensemble des produits solubles tirés d'un champignon inférieur de la famille des Pyrénomycètes, groupe des Hypocréacées; son nom est nectria ditissima. C'est un des parasites qui sont la cause du chancre des arbres dans lesquels il pénètre quand une blessure, causée par la main de l'homme ou la piqûre des insectes, lui a ouvert une porte d'entrée.

CHARLES CHARPENTIER.



L'Odontologie fait traiter ici par son collaborateur spécial les questions de jurisprudence que ses lecteurs désirent faire élucider.

PATENTE. — DENTISTE. — LOI DE 1892 (ART. 32).

Nous avons donné dans notre numéro du 30 avril 1901 (p. 413) un arrêt de la Cour de cassation (Ch. criminelle) du 4 avril 1901 (aff. Blondel et Morcel), suivi d'ailleurs à courte distance d'un nouvel arrêt identique (aff. Aiglon), portant la date du 18 avril.

Il présente cet intérêt particulier d'affirmer avec énergie que le seul moyen, pour un dentiste patenté, de prouver son droit à l'exercice de la profession de dentiste est d'établir qu'il était, comme le veut la loi de 1892, inscrit au rôle des patentes à la date du 1er janvier 1892; que l'art. 32 n'accorde ainsi et que par exception le droit de continuer l'exercice professionnel aux praticiens non diplômés, et que l'inscription, seul mode de preuve légale d'un exercice antérieur de la profession, permet seule dès lors de bénéficier de la mesure transitoire édictée par la loi.

Nous avons inséré, à ce propos, une note de la *Gazette du Palais,* qui, rappelant les décisions antérieures du trib. correct. de Charolles (11 décembre 1897), de la cour de Limoges (2 novembre 1899), et de celle de Nancy (14 mars 1900), semble en conclure que l'arrêt de la Cour suprême vient battre en brèche une jurisprudence contraire, jusque-là constante, et qui aurait admis un autre mode de preuve de la possession d'état de dentiste que l'inscription au rôle des patentes.

Mais nous ne saurions accepter les conclusions de la *Gazette du Palais*, et nous croyons que c'est par erreur qu'on invoque l'arrêt de Limoges; car il se contente de dire (ce qui est autre chose) que la justification de la patente est inutile, lorsqu'il s'agit d'une femme qui exerçait avec son mari dans le même établissement, et lorsque le mari était lui-même imposé (V. même sens, C. Besançon, 27 juin 1894).

D'autre part, l'arrêt du 14 mars 1900 est, non un arrêt de *Nancy*, mais de *Lyon*, reproduit par le *Moniteur judiciaire de Lyon* du 19 octobre 1900.

Le *Bulletin du syndical des chirurgiens-dentistes de France* oppose à ces affirmations de la *Gazette du Palais* des décisions émanées du

tribunal correctionnel de la Seine (29 juillet 1898), de la Cour de Paris (6 décembre 1898) et enfin de la Cour de cassation (crim.) (9 novembre 1899).

Il aurait pu invoquer aussi un avis du Conseil d'État du 14 juin 1895 (*Journal* des parquets, 1895, III. 91) et un jugement du tribunal correctionnel de Toulouse du 3 février 1898 (V. *L'Odontologie* 1898, p. 89 et 290).

La théorie de la Cour de cassation nous paraît absolument fondée en droit. L'inscription au rôle des patentes est la seule preuve admise par la loi d'une possession d'état qui puisse justifier l'exception formulée par le législateur de 1892. C'est, comme on l'a dit justement, la condition *sine qua non* de l'admission du dentiste en exercice au bénéfice de la disposition transitoire qui le dispense de l'obligation du diplôme ; il faut que cette possession d'état soit certaine, et il n'était pas admissible que la preuve en fût remise au hasard de témoignages incertains et sans précision. S'il en était autrement, la mesure, toute d'exception, cesserait d'être exceptionnelle.

F. W.

ART DE GUÉRIR. — EXERCICE ILLÉGAL. — GÉRANT DE PHARMACIE. — ABSENCE DE DIPLOME.

Nous relevons comme pouvant intéresser la profession dentaire l'arrêt suivant de la *Cour de cassation de Belgique*, du 8 octobre 1900 (*Paricrisie belge*, 1900, I, 365) :

« Exerce illégalement l'art de guérir, le gérant effectif d'une pharmacie qui n'est pas diplômé, lorsque le prétendu gérant de cette pharmacie n'est qu'un prête-nom, circonstance que le juge apprécie souverainement. »

F. W.

SECRET PROFESSIONNEL. — MÉDECIN. — DÉPOSITION EN JUSTICE. — FAITS CONNUS COMME AMI.

Cour de cassation (req.), 18 juin 1901.

(Cibiel c. Escoubyé.)

La Cour de cassation a admis, dans le sens de la négative, au rapport de M. le conseiller *Puech* et sur les conclusions de M. l'avocat général *Feuilloley*, un pourvoi contre un arrêt de la Cour de Toulouse du 25 juin 1900, sur la question de savoir « si les juges peuvent faire état de la déposition d'un *médecin* dont le témoignage a porté, à la fois, sur la nature de la maladie du *de cujus* et sur d'autres faits, sous prétexte qu'il avait connu ces faits comme ami et non comme médecin ».

Nous relevons cette décision comme pouvant être parfois applicable en matière dentaire.

F. W.

Mécanicien. — Usurpation de titre. — Syndicat.

Tribunal correctionnel de Lille, 20 octobre 1900.

« Le mécanicien qui, notamment par la voie de la presse, a usurpé le titre de dentiste sous cette forme : *Mécanicien-dentiste*, doit être condamné.

» Et le Syndicat des dentistes, qui s'est porté partie civile, a droit à des dommages-intérêts. »

Il a été jugé dans le même sens qu'on doit considérer comme ayant usurpé le titre français de docteur en médecine, le dentiste qui fait suivre ou précéder son nom du seul mot: *Docteur*, ce mot joint au nom d'un dentiste ne pouvant avoir pour le public d'autre signification que celle de *docteur en médecine* (Trib. Seine, 25 mai 1894).

F. W.

Traitement. — Massage.

On sait que la loi du 30 novembre 1892 atteint le dentiste qui, non diplômé ou non patenté au 1er janvier 1892, pratique l'art dentaire *habituellement* ou *par une direction suivie, sauf les cas d'urgence avérée.*

Le Sénat semble avoir laissé à dessein aux tribunaux une certaine latitude d'appréciation de l'exercice illégal des faits qui constituent l'exercice de l'art dentaire, en ne définissant pas ce qu'il faut entendre par le *traitement* des maladies.

Il nous paraît, à ce titre, intéressant de relever l'arrêt de la Cour de Paris (appels correctionnels) du 16 mai 1900, relatif à un *traitement de massage*, mais dont les principes peuvent, à l'occasion, trouver leur application en notre matière *(affaire Delarbre).*

La *France judiciaire*, en rapportant cette décision (25 août 1900), en signale une autre de la même Cour, en date du 15 mars 1900.

En voici, du reste, le sommaire :

« Aux termes de la loi du 30 novembre 1892, le mot *traitement* est général et s'entend de tout acte ou conseil tendant à la guérison ou à l'atténuation des malaises ou maladies, et l'opinion contraire du rapporteur de la loi à la Chambre des députés ne saurait prévaloir contre les termes du texte législatif, qui sont formels et ne permettent ni doute ni interprétation.

» Commet, en conséquence, le délit d'exercice illégal de la médecine, le masseur qui, non pourvu d'aucun diplôme prévu par la loi, dirige d'une manière suivie le traitement chirurgical d'affections qu'il prétend soigner par des pratiques manuelles. »

F. W.

DEMANDES ET OFFRES

PRIX d'une CASE, dans 3 numéros........................ **8** francs.
payable d'avance. (Pour les Abonnés de *L'Odontologie.* **5** »).

L'Administration de L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

---

1 *UN ÉLÈVE de l'École dentaire de Paris, ayant terminé ses études*, demande à faire pour les vacances, août-sept., un ***REMPLACEMENT*** à Paris ou en province. S'adresser Dr Ollivier, 30, rue Hermel, Paris. (35[4])

---

2 **A VENDRE** tour de cabinet presque neuf (*Bonne occasion*). Ecrire à P. Leboucher, dentiste au Vieil-Baugé (Maine-et-Loire). (36[4])

---

3 ***BON MÉCANICIEN***, très au courant, du métal et caoutchouc, désire place pour Paris. *Bonnes références.* Ecrire aux initiales P. B. aux soins de l'Administration du Journal. (38[4])

---

4 **Un diplômé de l'Ecole dentaire de Paris.** *Bon opérateur* **EXPÉRIMENTÉ**, 16 ans de pratique, demande place assistant. Ecrire aux initiales D. R., aux soins du Journal. (40 [4])

---

5 *Chirurgien-Dentiste* D. E. D. P., connaissant la mécanique, demande place ***OPÉRATEUR*** à Paris ou dans une ville d'eau. Ecrire à H. G. A. aux soins de l'Administration du journal, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris. (41[3])

---

6 **Dentiste** américain, D. D. S. de *Philadelphie*, demande place **D'OPÉRATEUR**. Ecrire aux initiales R. S. T. aux soins de l'Administration de *L'Odontologie*. (42[3])

---

7 **Docteur** en médecine, exerçant depuis 7 ans, très bon opérateur, connaissant les **aurifications et les travaux de porcelaine**, désirerait entrer dans *maison sérieuse d'une grande ville*, soit comme **OPERATEUR** soit comme **ASSOCIE**. Ecrire Dr X. P. B. (43[3])

---

8 *Chirurgien-Dentiste*, 32 ans, *dix ans de pratique*, demande place *stable* ***D'OPERATEUR***, chez *bon et sérieux* dentiste. S'adresser à MM. Reymond frères, 44 place République, Lyon. (44[3])

---

9 **Chirurgien-Dentiste anglais** au courant de *tout travail de cabinet et laboratoire*, demande place comme **AIDE**, ou pour diriger un cabinet, pourrait **REMPLACER DENTISTE** qui a *clientèle aux bains de mer*. Ecrire A. Z. aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne. (45[3])

---

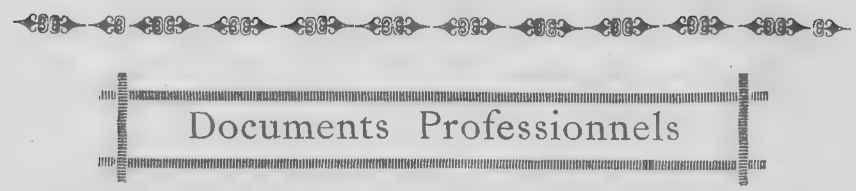
10 **Cabinet dentaire** à céder, chef-lieu de canton, département du centre, 18000 hab. agglomération 30.000 habitants, **seul dentiste**. Conditions: 4.000 fr. comptant, prendre suite de bail, deux ans et demi. Ecrire A. L. G. bureaux du Journal. (46[3])

---

11 **On demande** un **OPÉRATEUR DIPLOMÉ** *faculté de médecine* avec bonnes références. S'adresser maison A. Créange, 69, rue Montmartre, Paris. (47[3])

---

12 **DIPLOMÉ École dentaire de Paris**, six ans de pratique, sachant faire **crown** et **Bridge**, demande place **ASSISTANT**, Paris. Ecrire par poste aux initiales K. Z. aux soins de l'Administration du Journal. (48-[2])



Sous cette rubrique nous publions tous les documents de nature à intéresser nos lecteurs et nous nous tenons à la disposition des divers GROUPEMENTS PROFESSIONNELS *pour insérer toutes les communications qu'ils désirent porter à la connaissance du public professionnel.*

SYNDICAT DES CHIRURGIENS-DENTISTES DE FRANCE

CONTRE-PUBLICITÉ.

Réunion de la Sous-Commission, tenue chez M. Ronnet le 25 mars 1901.

L'état de santé de notre confrère M. de Marion ne lui ayant pas permis de réunir la sous-commission, M. Ronnet, président de la commission, l'a convoquée chez lui le 25 mars 1901.

Étaient présents : MM. Ronnet, d'Argent, Bruel et Stévenin.

Après délibération, la sous-commission a pris à l'unanimité les résolutions suivantes :

Considérant les résolutions votées par la commission de contre-publicité le 16 mai 1900[1];

Considérant le vœu n° 5 émis par le Congrès dentaire international de 1900 dans son assemblée générale du 14 août 1900[2];

Considérant les décisions prises par l'assemblée générale du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France dans sa séance du 12 décembre 1900[3];

Il est décidé ce qui suit :

1° Le meilleur moyen de combattre le charlatanisme consistant à faire l'éducation du public, il y a lieu, comme l'a voté l'assemblée générale du Syndicat, d'ouvrir un concours pour la publication d'une brochure destinée à la vulgarisation de la dentisterie et de l'hygiène dentaire.

En conséquence, dès à présent, ce concours est ouvert. Un prix de 500 francs, offert par le Syndicat des chirurgiens-dentistes de France, sera donné à l'auteur du meilleur mémoire rédigé suivant les indications du programme arrêté plus loin.

Ce prix pourra être porté à une somme supérieure, et il pourra être

---

1. Voir *Bulletin*, 1900, p. 44.
2. *Ibidem*, 1900, p. 80.
3. *Ibidem*, 1901, p. 12.

attribué un deuxième et un troisième prix, si les autres sociétés adhérentes apportent une participation pécuniaire ;

2° Les concurrents devront adresser leurs manuscrits, sous la forme académique, au Président de la commission de contre-publicité, M. Ronnet, 1, rue du Quatre-Septembre, avant le 1er novembre 1901 ;

3° Le jury chargé de décerner le ou les prix sera composé : du Président de la commission, M. Ronnet et des membres de la sous-commission, qui pourront s'adjoindre les confrères compétents dont ils jugeront l'aide utile ;

4° Les manuscrits primés deviendront la propriété de la Commission de contre-publicité, qui se réserve le droit de faire les corrections ou les modifications qu'elle jugera nécessaires ;

5° L'auteur du mémoire primé est averti que la brochure sera publiée sans nom d'auteur ;

6° La brochure ne devra pas dépasser 8 pages in-8° ;

7° L'auteur devra se renfermer dans le programme suivant :

Nature des dents ;

Principes d'hygiène dentaire et buccale ;

Description des affections auxquelles les dents sont sujettes et de la thérapeutique employée pour y remédier, ainsi que des différents procédés de prothèse courants, en insistant sur ce fait que cette thérapeutique et ces procédés sont les seuls enseignés dans les écoles dentaires du monde entier et qu'il ne faut avoir nulle confiance dans le dire de ceux qui se prétendent possesseurs de procédés aussi merveilleux que secrets.

Cette instruction, destinée au public, ne devra pas être écrite en langage scientifique ; elle pourra l'être par exemple sous forme de causerie ou d'aphorismes.

La sous-commission décide, en outre, qu'une lettre sera adressée à toutes les sociétés qui ont nommé des délégués à la commission de contre-publicité pour leur demander :

1° De contribuer pécuniairement au concours institué par le Syndicat ;

2° D'autoriser l'indication, sur la brochure, que celle-ci est publiée sous leur patronage collectif.

Concours pour la rédaction d'une brochure destinée a combattre le charlatanisme par l'instruction du public.

Un prix de 500 francs, offert par le Syndicat des chirurgiens-dentistes de France, sera attribué à l'auteur du meilleur mémoire rédigé suivant les indications du programme ci-après.

Ce prix pourra être porté à une somme supérieure et il pourra être attribué un deuxième et un troisième prix, si les autres sociétés ayant adhéré et envoyé des délégués à la Commission de contre-publicité apportent une participation pécuniaire.

Les concurrents devront adresser leurs manuscrits, sous la forme académique, au Président de la Commission de contre-publicité, M. Ronnet, 1, rue du Quatre-Septembre, avant le 1er novembre 1901.

Le Jury chargé de décerner le ou les prix sera composé : du Président de la commission, M. Ronnet et des membres de la sous-commission, qui pourront s'adjoindre les confrères compétents dont ils jugeront l'aide utile.

Les manuscrits primés deviendront la propriété de la Commission de contre-publicité, qui se réserve le droit de faire les corrections ou les modifications qu'elle jugera nécessaires.

L'auteur du mémoire primé est averti que la brochure sera publiée sans nom d'auteur.

La brochure ne devra pas dépasser 8 pages in-8°.

L'auteur devra se renfermer dans le programme suivant :

Nature des dents ;

Principes d'hygiène dentaire et buccale ;

Description des affections auxquelles les dents sont sujettes et de la thérapeutique employée pour y remédier, ainsi que des différents procédés de prothèse courants, en insistant sur ce fait que cette thérapeutique et ces procédés sont les seuls enseignés dans les écoles dentaires du monde entier et qu'il ne faut avoir nulle confiance dans le dire de ceux qui se prétendent possesseurs de procédés aussi merveilleux que secrets.

Cette instruction, destinée au public, ne devra pas être écrite en langage scientifique ; elle pourra l'être par exemple sous forme de causerie ou d'aphorismes.

(Bulletin du Syndicat des Chirurgiens-dentistes de France.)

Congrès d'Ajaccio.

Le bureau consultatif de la section d'Odontologie a été d'avis de placer les communications annoncées dans l'ordre des sections adopté pour le Congrès international de 1900, c'est-à-dire :

1re *section.* — Anatomie, physiologie et histologie.
2e — Pathologie spéciale, bactériologie.
3e — Dentisterie opératoire, thérapeutique spéciale.
4e — Anesthésie générale et locale.
5e — Prothèse, orthopédie dentaire et restaurations faciales.
6e — Enseignement de l'art dentaire.
7e — Histoire de l'art dentaire. Législation, jurisprudence, déontologie.
8e — Hygiène et services dentaires publics.

En conséquence le programme a été ainsi fixé, sous réserve de modifications ultérieures :

Dimanche 8 *septembre, après-midi.* — Séance d'ouverture.

Lundi 9 — *matin.* — 1re et 2e sections.

Dr Frey. — Contribution à l'étude de la sialo et de l'urino-séméiologie.

Dr Siffre. — La migration spontanée des dents. Contribution à l'étude des anomalies dentaires.

Mendel-Joseph. — Des conditions de la sensibilité de la dent.

Choquet. — Contribution à l'étude de l'arrêt de la carie dentaire.

Mardi 10 *septembre, matin.* — 3e et 4e sections.

Dr Pont. — Pathogénie et traitement de la pyorrhée alvéolo-dentaire.

Richard-Chauvin. — Technique des obturations de porcelaine.
— Du traitement des dents mortes par l'air surchauffé.

Dr Rolland. — De l'anesthésie générale au point de vue théorique en chirurgie générale et en chirurgie dentaire.
— De l'anesthésie générale au point de vue pratique en chirurgie générale et en chirurgie dentaire.

Mercredi 11 *septembre, matin.* — 5e section.

Delair. — Méthode nouvelle de prothèse restauratrice vélo-palatine. Spécimens des différents appareils.

Martinier. — Traitement prothétique des fractures du maxillaire inférieur.

SEIGLE. — De l'unification des méthodes de redressement à propos d'un cas.

— Des diverses applications de fourneaux à porcelaine et des avantages qu'on en peut attendre.

TOUVET-FANTON. — Le problème relatif à la dispense du parallélisme des soutiens multiples dans les appareils de restauration intéressant les maxillaires. Sa résolution. Conséquences sur l'hygiène et sur le jeu physiologique des organes intéressés.

Vendredi 13 septembre, matin. — 6e, 7e et 8e sections.

Dr ROLLAND. — De la réforme de l'enseignement dentaire.

SEIGLE. — La méthode à suivre dans l'enseignement de la prothèse théorique des écoles dentaires.

Dr SAUVEZ. — Contribution à l'étude de l'hygiène dentaire publique.

Vendredi 13 septembre, après-midi. — Séance de démonstrations.

ROUBIEN. — Démonstration d'un nouvel appareil électrique s'appliquant à l'extraction des dents sans douleur.

L. RICHARD-CHAUVIN. — Obturations de porcelaine.

— Traitement des dents mortes par l'air surchauffé.

Vendredi soir. — Dîner de la molaire (*Les dames pourront y prendre part*).

Samedi 14 septembre. — Clôture du Congrès. Assemblée générale.

FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE.

Ainsi que nous l'avons déjà annoncé, la prochaine réunion de la F D N se tiendra à Ajaccio ; elle a été fixée au mardi 10 septembre, l'après-midi, avec l'ordre du jour suivant :

1° Procès-verbal, correspondance ;

2° Vérification des pouvoirs des délégués ;

3° Rapport de M. le Dr Sauvez, secrétaire général ;

4° Rapport de M. P. Stévenin, secrétaire-adjoint-trésorier ;

5° Des rapports de l'enseignement dentaire avec les pouvoirs publics ;

6° Des examens et du diplôme de chirurgien-dentiste ;

7° Service militaire des dentistes ;

8° Nomination du comité exécutif pour l'année 1901-1902 ;

9° Vœux et propositions diverses.

Nota. — Les sociétés adhérentes à la F D N désirant soumettre des vœux, ou présenter à l'étude des questions diverses, sont priées d'en informer le plus rapidement possible le secrétaire général, M. le Dr Sauvez, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, à Paris.

CONGRÈS D'AJACCIO

AVIS IMPORTANT

On peut se rendre directement de Paris à Ajaccio par Marseille ou Nice en payant seulement le prix de l'aller, soit environ 135 fr. (aller et retour 1re classe).

(*Consulter à ce sujet le Bulletin de l'AFAS de juillet, qu'on peut se procurer 28, rue Serpente.*)

*
* *

A NOS LECTEURS

L'administration de *L'Odontologie*, toujours soucieuse d'être agréable à ses lecteurs, et voulant éviter, à ceux d'entre eux qui viennent à Ajaccio et qui veulent en profiter pour faire un voyage d'agrément, toutes les surprises désagréables que réservent les hôtels, a organisé, avec le concours de M. Junot, directeur des voyages pratiques, plusieurs combinaisons d'un voyage d'excursion, *tous frais de voyage et de séjour compris*, sans aucune surprise par conséquent.

Aux divers avantages offerts par ces combinaisons, il y a lieu d'ajouter qu'aux ennuis d'un voyage individuel se trouveront substitués les agréments d'une excursion de famille en compagnie de confrères où les sentiments amicaux de confraternité pourront se donner libre cours.

Excursions organisées par « L'Odontologie »

en SUISSE, en ITALIE et en CORSE,

A l'occasion du Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences.

L'organisation et l'exécution matérielles du voyage sont confiées à M. Junot, directeur des voyages pratiques, 9, rue de Rome, Paris.

1er *itinéraire* (A).

Jeudi 29 *août*. — Départ de Paris (Lyon) par le rapide de 9 h. 15 du soir (1re classe).

Vendredi 30. — Arrivée à Toulon à 10 h. 55 du matin. Arrêt et repos. Excursions facultatives et visite de l'arsenal.

Samedi 31. — Départ à 8 h. 38 du matin pour Nice (2e classe), arrivée à midi. Déjeuner, après-midi promenade, et vers 5 h. 1/2 embarquement pour Calvi ou l'île Rousse.

Dimanche 1er *septembre*. — Débarquement en Corse, visite de Calvi et l'île Rousse.

Lundi 2. — Départ le matin pour Bastia (2e classe), arrivée pour déjeuner, après-midi visite de la ville.

Mardi 3. — Dans la matinée : départ en voiture pour l'excursion du cap Corse par la Voisine et la grotte de Brando, que l'on visitera ; Erbalunga, les vallons de Pietro, Cisco, Corbara, Cagnano, la marine de Santa-Severa, où l'on déjeunera. — Dîner et coucher à Rogliano, Centuri et Morsiglia.

Mercredi 4. — Retour à Bastia par Pino, la tour de Sénèque et Luri, où l'on déjeunera. — Arrivée pour dîner.

Jeudi 5. — Après déjeuner : départ pour Corte (2e classe) où l'on arrivera à 3 h. 2. — Après l'installation à l'hôtel, on visitera la ville.

Vendredi 6. — De bon matin : départ en voiture par la Scala Santa-Regina pour la traversée du Niolo, de la forêt d'Aïtone. — Déjeuner à Calacuccia. — Dîner et coucher à Evisa. — Cette route avec celle des Calanches, qui sera faite le lendemain est certainement la plus belle de celles qui peuvent être suivies dans l'île.

Samedi 7. — Continuation de la route en voiture. — A partir de Porto et jusqu'à Piana, la route forme une incomparable Corniche terminée par les fameuses Calanches. — Avant d'arriver à Piana, on déjeunera. — Dîner et coucher à Cargèse, ancienne colonie grecque ayant conservé un type et des habitudes qui différencient cette petite ville de toutes les autres localités de la Corse.

Dimanche 8. — De Cargèse à Ajaccio, où l'on arrivera vers 1 heure.

Du 8 *au* 14 *septembre*. — Congrès de l'AFAS pendant lequel il sera organisé différentes excursions auxquelles pourront se joindre ceux qui le désireront.

Dans le prix du présent voyage est comprise l'excursion à Vizzavone et Corte qui doit avoir lieu le 12 *septembre.*

Dimanche 15 *septembre*. — Embarquement l'après-midi pour le retour sur le continent.

Lundi 16. — Débarquement le matin à Marseille et retour facultatif à Paris par tous les trains jusqu'au 30 septembre.

Prix à forfait : **480** fr.

2e *itinéraire* (B).

Samedi 31 *août*. — Départ de Paris (Lyon) pour Marseille (1re classe), soit le matin pour y coucher le soir, soit le soir pour y arriver le lendemain matin.

Dimanche 1er *septembre*. — Réunion à 10 h. 30 du matin sur le bateau partant à 11 h. précises pour Bastia.

Lundi 2. — Débarquement à Bastia du 2 au 16 septembre comme au 1er itinéraire.

Prix à forfait : **427** fr.

Tous frais de transports depuis Paris, et de repas, hôtels et excursions à partir de Toulon inclus pour l'itinéraire A et de Marseille pour l'itinéraire B jusqu'à l'arrivée à Marseille le 16 septembre pour les deux itinéraires.

Toutes les personnes prenant part au voyage devant être munies des cartes de congressistes.

3e *itinéraire* (C).

Départ de Paris le 28 août, retour le 17 septembre.

De Paris en traversant la Suisse (Lucerne, lac des Quatre-Cantons, le Saint-Gothard, lac de Lugano) à Milan, Gênes, Pise, Florence,

Livourne, Bastia, le cap Corse (Brando, Luri, Morsiglia, etc.), Vizzavone, Ajaccio, Marseille.

PROGRAMME

Mercredi 28 août. — Réunion à Paris (gare de l'Est) pour le rapide de 8 h. 35 du soir. Des compartiments seront réservés.

Jeudi 29. — Arrivée à la frontière Delle à 3 h. 30 du matin (mettre sa montre à l'heure de l'Europe Centrale en avance de 53 minutes sur l'heure de Paris). Visite de la douane (dans le train) à Porrentruy. Arrêt d'une demi-heure à Bâle de 6 h. 30 à 7 h. 5 et arrivée à Lucerne à 9 h. Installation à l'hôtel d'où l'on partira quelques instants après pour visiter les curiosités de Lucerne : les ponts couverts avec leurs peintures représentant la Danse des Morts, les Bords du Lac, le jardin des Glaciers et le Lion. Après déjeuner, ascension du Gutsch par funiculaire (très joli panorama). Dîner. Coucher à Lucerne.

Vendredi 30. — Après le petit déjeuner du matin, embarquement à 9 h. 5 sur un bateau à vapeur pour traverser le lac des Quatre-Cantons. Au bout du lac à Fluelen, on reprendra le chemin de fer pour traverser le Saint-Gothard, qui est une des voies les plus pittoresques du monde. Déjeuner en route. A Chiasso visite de la douane italienne vers 6 h. du soir. A 7 h. 35 arrivée à Milan pour dîner.

Samedi 31. — La matinée sera consacrée à la visite de la Cathédrale (Dôme), la place et le théâtre de la Scala, la Bréra ou Musée des Arts. Galerie Victor-Emmanuel. L'après-midi on visitera la Ville de Milan en voiture : les Jardins publics, la Promenade de la Porta Venezia, les Boulevards, la Place d'Armes, le Monument du Simplon et l'Arc de Triomphe, le Vieux Château, visite des églises fort curieuses de Saint-Ambroise et de Saint-Laurent. Après dîner, à 8 h. 40 départ pour Gênes où l'on arrivera à 11 h. 55 pour coucher.

Dimanche 1er septembre. — Dans la matinée visite de la Cathédrale San-Lorenzo, le Palais Ducal, Santa Maria in Carigno, le Palais Rosso, le Palais de l'Université, la Galerie Mazzini, le Théâtre Carlo Felice, la rue de Rome. Après déjeuner, excursion en voitures au Campo-Santo, aller par le Parc de l'Acquasola, retour par la Circonvallation qui longe la Mer et par le Port. Après dîner, départ à 7 h. 10 pour Pise. Arrivée à 11 h. 26. Installation à l'hôtel.

Lundi 2. — Dans la matinée visite des monuments intéressants de Pise, qui sont tous réunis sur la Place du Dôme, le Dôme (dont la lampe suggéra à Galilée l'idée du pendule), le Baptistère, bel édifice en marbre, la Tour Penchée ou Campanile d'une hauteur de 54 mètres, le Campo-Santo dont les murs sont couverts de fresques et qui renferme de très beaux sarcophages. Après déjeuner, départ à 2 h. 27 pour Florence, où l'on arrivera à 5 h. 28. Installation à l'hôtel.

3 et 4 septembre. — Séjour à Florence, la patrie des arts, le berceau de la Renaissance. Les deux matinées seront consacrées à la visite des principaux monuments : la Place de la Signoria avec la Palazzo Vecchio, la Statue de Cosme Ier de Médicis, la Loggia dei Lanzi, le Dôme ou Cathédrale de Sainte-Marie des Fleurs, le Baptistère, le Campanile de Giotto, l'Eglise Santa Croce, l'Annunziata, Saint-Laurent, Santa Maria Novella.

Une après-midi sera consacrée à la visite du Palais des Uffizi, une des plus riches collections du monde, et à la visite du Palais Pitti. L'autre après-midi on fera une promenade en voiture aux Cascines, bois de Boulogne de Florence et à la Viale dei Colli.

Jeudi 5. — A 7 h. 15 du matin, départ pour Livourne. — Arrivée à 9 h. 25.

Embarquement et départ à 11 heures pour la Corse, vers 5 heures du soir arrivée à Bastia.

6 et 7 septembre. — Excursion en voitures autour du cap Corse en passant par Brando, Luri, Morsiglia, etc.

Le soir, retour à Bastia pour prendre le train. Arrivée à Corte pour coucher.

Dimanche 8 septembre. — Départ par le train du matin afin d'arriver à Ajaccio pour déjeuner.

Du 8 au 14 septembre. — Congrès de l'AFAS pendant lequel il sera organisé différentes excursions auxquelles pourront se joindre ceux qui le désireront.

Dans le prix du présent voyage est comprise l'excursion à Vizzavone et Corte qui doit avoir lieu le 12 *septembre.*

Dimanche 15 septembre. — Embarquement l'après-midi pour le retour sur le continent.

Lundi 16. — Débarquement le matin à Marseille et après un déjeuner d'adieu au Grand Hôtel, on prendra le train pour Paris.

Mardi 17 septembre. — Arrivée à Paris (Lyon) à 9 h. 5 m.

Prix à forfait : **545** francs au départ de Paris, y compris : les transports en chemin de fer (1re classe en France, 2e classe à l'étranger et en Corse) ; les traversées en bateau (1re classe), les repas en route et le séjour dans les hôtels, omnibus des gares aux hôtels ; la visite des villes ; les entrées ; les pourboires ; les voitures nécessaires, et les soins d'un guide s'occupant de l'exécution matérielle.

*
* *

P.-S. — Nous avons également étudié d'autres itinéraires qui pourraient être adoptés si nous avions pour chacun d'eux un nombre suffisant d'adhérents.

D. Départ de Paris (Lyon), 27 août : Turin, Gênes, Rome, Florence, Pise, Livourne, Bastia, etc. .... **715** fr.

E. Départ de Paris (Lyon), 28 août : Pise, Florence, Rome. Livourne, Bastia, etc. .... **700** fr.

F. Départ de Paris (Lyon), 29 août : Milan, Venise, Florence, Pise, Livourne, Bastia, etc .... **585** fr.

Le nombre des places est limité. *Les adhésions doivent être adressées au plus tôt à M. ED. PAPOT*, administrateur-gérant de *L'Odontologie*, les Compagnies de navigation demandant à être averties de suite en raison de l'encombrement de leur ligne, à l'occasion du Congrès.



LIVRES ET REVUES

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont ils nous envoient deux exemplaires sont annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à M. LE RÉDACTEUR EN CHEF, *45, rue de La Tour-d'Auvergne.*

Igiene della bocca e dei denti.

Le docteur Ludovic Coulliaux, professeur libre d'Odontologie à l'Université de Parme, est l'auteur d'un ouvrage de 300 pages intitulé *Igiene della bocca e dei denti* (Hygiène de la bouche et des dents), publié chez l'éditeur U. Hoepli, à Milan.

Ce volume, du prix de 2 lires 50, orné de 23 figures, se divise en trois parties : la première traite des fonctions de la bouche, contient des notions d'anatomie buccale et dentaire et expose la structure et le développement des dents. La seconde s'occupe des deux dentitions (de lait et permanente), de leurs périodes normales, des maladies et des anomalies qui leur sont propres, et des moyens prophylactiques et hygiéniques qui peuvent leur convenir. La troisième est consacrée (après une description sommaire des causes efficientes, des microbes, des infections et des principales affections bucco-dentaires) à l'hygiène de la bouche et des dents dans leurs particularités les plus minutieuses.

Le dernier chapitre de cette partie étudie les règles d'hygiène buccale applicables aux industries dans lesquelles la santé des ouvriers peut être compromise par la voie buccale.

Le Manuel se termine par un appendice abondant en formules de dentifrices et de collutoires et un index bibliographique.

*
* *

Nous avons reçu de l'éditeur Masson le volume des comptes rendus de la section de Stomatologie du XIIIe Congrès international de médecine ; nous en rendrons compte ultérieurement.

AVIS.

La brochure du Dr Röse « *Guide de l'hygiène dentaire buccale* », publiée dans ce journal, est en vente au bureau de *L'Odontologie.* Comme il n'en a été tiré qu'un certain nombre d'exemplaires, les dentistes qui seraient désireux d'en faire l'acquisition pour la distribuer à leur clientèle pourront la recevoir en en faisant immédiatement la demande à raison de 20 fr. les 100 exemplaires et 12 fr. 50 les 50 (frais de port en sus).



NOUVELLES

Mariage de Mlle Ronnet.

Jeudi, 25 juillet, a été célébré le mariage de Mlle Lucie Ronnet, fille de notre confrère, M. Alfred Ronnet, professeur à l'École dentaire de Paris, président du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France, etc., avec M. Henri Prével.

A l'église Notre-Dame-des-Victoires, où a eu lieu la bénédiction nuptiale, se pressait une foule de confrères, venus là pour présenter à l'heureux couple leurs vœux les plus sincères, et donner à leur sympathique confrère une preuve de leur profonde estime.

Dans la foule nous avons remarqué la plupart des membres de la direction, de l'administration et du corps enseignant de l'École dentaire de Paris.

Le soir, au bal qui a terminé cette heureuse journée, les filles et les fils de nombreux confrères, par leur entrain et leur gaieté, ont animé cette brillante réunion qui ne s'est terminée qu'aux premières lueurs de l'aurore.

Au nom de *L'Odontologie* nous joignons nos vœux les meilleurs et les plus affectueux à tous ceux qui ont été exprimés aux jeunes époux.

E. P.

Mariage de Mlle Frey.

Nous avons le plaisir d'apprendre le mariage de Mlle Fanny Frey, sœur du distingué et sympathique Dr Frey, professeur à l'École dentaire de Paris, avec M. le Dr Edmond Oppenot.

Nous adressons nos très vives félicitations à Mlle Frey et à toute sa famille.

E. P.

Mariage du Dr F. Chemin.

Nous apprenons également le mariage du Dr Chemin (de Toulouse) avec Mlle Reine Dardignac. Notre distingué confrère qui fait

partie de l'Association générale des dentistes de France est un ancien et brillant élève de l'École dentaire de Paris. Nous adressons nos meilleurs vœux aux nouveaux époux.

E. P.

Nominations dans le Corps enseignant.

Le Conseil de direction de l'École dentaire de Paris après différents concours vient de faire les nominations suivantes :

MM. Mendel-Joseph, professeur suppléant de dentisterie opératoire.
Dr Audy, chef de clinique.
Blatter, —
Delair, chef de clinique de prothèse.

Palmes académiques.

M. Hénique, dentiste de l'institut des sourds et muets d'Asnières, vient de recevoir les palmes académiques.

TRIBUNE OUVERTE.

QUESTIONS ET RÉPONSES.

N. B. Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier les questions qui nous seront adressées et nous serions heureux que cette insertion provoquât des réponses, que nous accueillerons tout en *déclinant toute responsabilité au sujet des opinions émises.*

Toutefois nous ne pouvons donner suite qu'aux questions ou réponses signées ; mais la publication peut en être faite sous un pseudonyme choisi par l'auteur. *Prière de ne pas insérer ces communications dans le corps d'une lettre, mais sur feuillet spécial écrit d'un seul côté.*

? N° 157. — *Une personne portant depuis longtemps* sans aucune gêne *un appareil de vulcanite sans crochets ressent, depuis quelques jours, au palais, une impression d'acidité (« de cuivre », dit-elle). Il n'y a pas la moindre inflammation de la bouche. Aucune altération professionnelle possible.*

Est-ce une idée fixe de sa part ou est-ce le commencement de la « maladie du caoutchouc »? Y *a-t-il un traitement spécial autre que l'antisepsie buccale ?*

J. C.

? N° 160. — *Depuis quelques années j'ai renoncé à faire des talons en* caoutchouc blanc, *cette matière s'usant plus vite que tous les autres caoutchoucs sur les parties triturantes des appareils. — Et cependant je me souviens que pareils inconvénients ne se produisaient pas il y a une quinzaine d'années. Ce serait rendre un grand service à la profession que de donner une bonne formule d'un caoutchouc* blanc *aussi résistant que le* brun *par exemple. En tous cas il est bon d'attirer l'attention des fabricants sur ce desideratum.* L.

☞ *Réponse.* — La maison Reymond frères prie l'auteur de la question, de lui donner son adresse, elle lui enverra gratuitement un échantillon de son caoutchouc blanc qui, paraît-il, donne d'excellents résultats.

? N° 164. — *Est-il permis, d'après la loi de 1892, d'avoir un ou plusieurs opérateurs non diplômés, comme le font les grands bazars dentaires ?*

L. D.

☞ *Réponse.* — L'art. 32 § 1 de la loi du 30 novembre 1892 porte que le droit *d'exercer l'art dentaire* est maintenu à tout dentiste justifiant qu'il est inscrit au rôle des patentes au 1er janvier 1892.

Il n'est donc pas douteux que, lorsque les conditions prescrites pour l'application des mesures transitoires ne se rencontrent pas, il est impossible de se prévaloir de la loi, et que, dès lors, aucun opérateur non diplômé ne saurait être attaché comme opérateur à un bazar dentaire (V. C. Rennes, 29 juillet 1896).

Est nul le contrat suivant lequel on s'engage à exécuter dans un cabinet dentaire toutes opérations de dentisterie.

(Cass. 19 nov. 1895 et 3 déc. 1895 ; — Rennes, 6 déc. 1894.)

F. W.

? N° 172. — *A quoi faut-il attribuer la teinte rougeâtre que prennent certaines dents anglaises après le travail de la soudure ?*

J. P.

? N° 174. — *Est-il encore permis à un charlatan d'opérer sur une voiture en pleine place publique ?*

X.

☞ *Réponse.* — Telle qu'elle est posée, la question ne saurait recevoir de solution pratique. Si celui qui opère en place publique est muni du diplôme de chirurgien-dentiste ou pourvu d'une patente régulière et conforme à la loi, — si répréhensibles que soient ses procédés au point de vue de la décence

publique, nous ne voyons pas comment on pourrait légalement l'empêcher d'user de semblables moyens d'attirer la clientèle.

Mais il faut espérer que l'éducation des patients sera de plus en plus rebelle à l'appât de ces procédés d'un autre âge.

F. W.

? Nº 175. — *Quels sont les modes de préparation et de coloration qu'emploient les fournisseurs pour obtenir la cire rose.*

L. F.

? Nº 176. — *Dans la pratique de l'anesthésie par le protoxyde d'azote, est-il préférable d'employer la méthode de F. Mervitt (protoxyde et oxygène) ?*

Cette méthode fait-elle encourir plus de responsabilité que l'emploi de la cocaïne.

UN ABONNÉ.

? Nº 177. — *Quels sont les manuels d'hygiène buccale contenant un aperçu succinct d'anatomie, de physiologie, de pathologie et de thérapeutique dentaires pouvant être placés entre les mains des familles surtout au point de vue de la dentition des enfants.*

Où se les procurer et à quel prix ?

L. K.

☞ *Réponse.* — La brochure du Dr RÖSE « *Guide de l'Hygiène buccale* » éditée par *L'Odontologie* répond à ces desiderata. Elle est en vente dans nos bureaux au prix de 20 fr. les 100 ex. — 12 fr. 50 les 50 ex. (frais de port en sus).

E. P.

? Nº 178. — L'Odontologie *a publié récemment une lettre de M. Gréard relative au certificat d'études secondaires exigé des chirurgiens-dentistes. Je vous serais obligé de vouloir bien me renseigner sur les points suivants :*

Quelles sont les matières demandées dans cet examen ? Le certificat d'études primaires supérieures permet-il encore de prendre des inscriptions ?

Le brevet supérieur n'est-il pas suffisant ?

☞ *Réponse.* — Le règlement de la Faculté de médecine porte l'indication suivante, sous le titre de GRADES REQUIS :

Soit un diplôme de bachelier, soit le certificat d'études prévu par le décret du 30 janvier 1886 modifié par le décret du 25 juillet 1893, soit le certificat d'études primaires supérieures.

Le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire moderne permet de s'inscrire en vue des études dentaires quant au programme du certificat spécial, il est en vente au prix de 0 fr. 20 à la librairie Delalain frères, 115, boulevard Saint-Germain, Paris.

E. P.

? Nº 179. — *Où trouve-t-on l'ouvrage du professeur Poirier traitant de l'anatomie des régions buccale, péri-buccale et sous-maxillaire ?*

V.

☞ *Réponse.* — Cet ouvrage a pour titre, Traité d'anatomie humaine, il a été édité par Masson et Cie, 120, boulevard Saint-Germain, il comporte 5 gros volumes divisés eux-mêmes en plusieurs fascicules.

E. P.

? Nº 180. — *Un dentiste patenté depuis 1884, mais ayant cessé d'exercer en 1890, par conséquent ne figurant pas sur le rôle des dentistes au 1er janvier 1892, peut-il, à l'heure actuelle, reprendre un cabinet et exercer légalement ?*

Existe-t-il une décision établissant ce droit et quelle en est la date ?

ANCIEN.

? Nº 181. — Suite à la question 170 (15 avril). — *La dent extraite était une molaire atteinte de périostite mais n'ayant jamais donné d'abcès ni d'induration. On constate une petite grosseur qui n'a pas de place fixe et qui fuit sous le doigt, que faire ?*

R. L.

☞ *Réponse.* — La teinture d'iode qui est un fondant appliquée en badigeonnage doit à la longue faire disparaître cette grosseur. En cas contraire il faudrait agir chirurgicalement.

BULLETIN

DE LA SOCIÉTÉ CIVILE

DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

EXTRAIT DES PROCÈS VERBAUX

CONSEIL DE DIRECTION

Séance du 15 janvier 1901.

Présidence de M. Stévenin, doyen d'âge, puis de M. Godon, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

Présents : MM. Bonnard, Bioux, Blocman, Charpentier, de Croës, Devoucoux, d'Argent, Lemerle, de Marion, Martinier, Roy, Sauvez, Touvet-Fanton, Viau, Weber.

Excusés : MM. Gillard et Richard-Chauvin.

M. Sauvez lit les procès-verbaux des 11 et 21 décembre 1900, qui sont successivement mis aux voix et adoptés.

M. Stévenin annonce le décès de M. Paul Vacher, membre de la Société. (Des condoléances sont exprimées à sa famille.)

Il annonce ensuite que le scrutin est ouvert pour la nomination d'un président.

M. Bonnard demande que le bureau sortant reste en fonctions jusqu'au moment où une Commission aura examiné la répartition des attributions du directeur, du directeur adjoint et du secrétaire général.

Une discussion s'engage sur cette proposition ; *MM. Sauvez, Godon, Viau, Bonnard* et *d'Argent* y prennent part. Finalement la proposition de M. Bonnard est mise aux voix et repoussée.

Le scrutin est ouvert pour la nomination d'un président et donne les résultats suivants :

Nombre des votants : 18. Majorité absolue : 10.

Ont obtenu : MM. Godon...... 17 voix, élu.
Viau....... 1 —

M. Godon remplace M. Stévenin à la présidence.

Il est procédé à la nomination de 2 vice-présidents.

Nombre des votants : 18. Majorité absolue : 10.

MM. Lemerle......	11 voix, élu.	
Viau.........	11 — élu.	
Martinier.....	4 —	
MM. Papot..............	1 voix.	
Blocman...........	1 —	

Il est procédé à la nomination du secrétaire général.

Nombre des votants : 18. Majorité absolue : 10.

MM. Sauvez.......	10 voix, élu.
Roy..........	2 —
Bonnard......	2 —
MM. de Marion..........	2 voix.
Gillard.............	1 —
Stévenin	1 —

*

Le scrutin est ouvert pour la nomination d'un secrétaire-adjoint.
Obtiennent :

MM. Weber	12 voix, élu.	MM. Bonnard	1 voix.
Charpentier	2 —	de Croës	1 —

Il est procédé à la nomination d'un trésorier.
Votants : 18. Suffrages exprimés : 17. Bulletin blanc : 1. Majorité absolue : 10.
M. d'Argent, 17 voix, élu.

Bibliothécaire-archiviste : M. de Marion, 11 voix, élu. M. Bonnard, 4 voix. M. Charpentier, 1 voix.

Conservateur du musée : MM. Lemerle, 15 voix, élu. Charpentier, 2 voix.
Econome.

MM. Devoucoux	14 voix, élu.	M. Papot	1 voix.
Lemerle	1 —	Charpentier	1 —

Le scrutin est ouvert pour l'élection d'un directeur-adjoint.
Nombre des votants : 18. Suffrages exprimés : 16. Bulletins blancs : 2.
Majorité absolue : 10.
M. Martinier, 12 voix, élu.
M. Papot, 4 voix.
Il est procédé à la nomination d'une commission de 5 membres pour la constitution des Commissions.
Obtiennent :

MM. Martinier	16 voix.	MM. Blocman	5 voix.
Viau	11 —	Stévenin	3 —
Lemerle	11 —	Roy	3 —
d'Argent	10 —	de Marion	2 —
Sauvez	8 —	Bioux	1 —
Godon	7 —	Touvet-Fanton	1 —
Papot	6 —		
Bonnard	6		

Sont élus : MM. Martinier, Viau, Lemerle et d'Argent.
Ballottage pour le 5e membre. M. Sauvez est élu à mains levées.
M. Godon annonce que M. Weber a offert à la bibliothèque un livre de Martin de 1679 intitulé : *Dissertation sur les dents.*
Des remercîments sont adressés au donateur.
M. Lemerle fait connaître qu'il a organisé une vitrine pour les livres rares anciens.
M. Stévenin donne divers renseignements sur des candidats à des bourses.
La Commission de répartition des commissions se retire pour délibérer. La séance est suspendue. A la reprise de la séance la Commission fait connaître le résultat de ses délibérations et propose la répartition suivante des membres entre les Commissions :

1° Enseignement	2° Commission scolaire	3° Finances.	4° Cérémonies.
MM. Gillard.	MM. Papot.	MM. Viau.	MM. Charpentier.
Roy.	Weber.	Bioux.	Devoucoux.
Blocman.	Charpentier.	Bonnard.	de Marion.
de Croës.	Touvet-Fanton.	Richard-Chauvin.	Touvet-Fanton.
Lemerle.	Bioux.	Devoucoux.	Weber.

5° Conseil de famille.	6° Musée, archives, bibliothèques.	7° Local.	8° Anesthésie.
MM. Stévenin.	MM. Charpentier.	MM. Viau.	MM. Roy.
Bonnard.	de Marion.	Devoucoux.	d'Argent.
Blocman.	Gillard.	d'Argent.	Viau.
de Marion.	Roy.	Papot.	Sauvez.
de Croës.	Lemerle.	Lemerle.	Martinier.

9° Prothèse.	10° Délégués à la Société d'Odontologie.
MM. Richard-Chauvin.	MM. Bioux.
Gillard.	Touvet-Fanton.
Bonnard.	
de Marion.	
Touvet-Fanton.	

Les propositions de la Commission sont successivement mises aux voix et adoptées.

M. Godon communique des demandes d'admission présentées par MM. Conte (Renvoyé au Conseil de famille) et Romieu, 4, rue Séguier, Nîmes, qui est admis.

Il communique également une proposition de M. Mendel-Joseph relative aux travaux pratiques (Renvoyé à la Commission scolaire).

Il annonce le vote d'une subvention de 300 fr. par le Conseil général.

Sur sa demande il est décidé que le bureau adressera une demande au Ministre de la guerre en faveur de la réduction du service militaire des étudiants en chirurgie dentaire et recommandant la proposition aux Sociétés faisant partie de la Fédération dentaire internationale.

Une demande de M. Mendel-Joseph tendant à la nomination de M. Barello comme préparateur du laboratoire d'histologie est renvoyée à la Commission d'enseignement.

M. Lannois est nommé démonstrateur du service de l'enseignement préparatoire de dentisterie.

M. Godon annonce que M. Jeay a fait un don à la clinique d'anesthésie. Des remercîments sont adressés au donateur.

Le Conseil s'ajourne à février en décidant que sa séance sera consacrée à l'étude du fonctionnement de l'Administration de l'Ecole. Un rapport sera présenté à cet effet par le bureau.

La séance est levée à minuit 1/4.

Le Secrétaire général,
Dr SAUVEZ.

Séance du 12 février 1901.

Présidence de M. VIAU, vice-président.

La séance est ouverte à 9 heures.

Présents : MM. Bioux, Blocman, Bonnard, Charpentier, de Croës, d'Argent, Lemerle, Martinier, Papot, Richard-Chauvin, Roy, Sauvez, Stévenin, Touvet-Fanton, Weber.

Excusés : MM. Godon, Gillard et de Marion.

M. Sauvez donne lecture du procès-verbal, qui est adopté.

M. Viau prononce l'allocution suivante :

Mes chers collègues,

Je vais vous proposer de lever cette séance en signe de deuil : Em. Lecaudey est mort cette nuit à 3 heures. Depuis 20 ans il a été

parmi nous non seulement le confrère estimé, mais encore, tour à tour, président du comité de fondation de notre école, le premier président de l'Association générale des dentistes de France, président de la Société d'Odontologie, puis président de plusieurs de nos Congrès nationaux et dernièrement encore président d'honneur du Congrès international. Son nom reste attaché à jamais à l'histoire de nos groupements, ainsi qu'à celle de la rénovation de notre profession. Permettez-moi de vous rappeler un souvenir personnel montrant que, s'il a été sur la brèche jusqu'à son dernier jour, il a été aussi le champion de la première heure.

Au moment du projet de fondation de la première école française, Godon et moi, cherchant autour de nous des appuis, nous avions été le trouver, ne le connaissant ni l'un ni l'autre et n'ayant comme recommandations auprès de lui que la foi sincère que nous avions tous deux dans l'avenir d'une école basée sur des sentiments désintéressés et sur l'union que nous espérions rencontrer parmi les confrères. Son accueil fut amical, et il nous déclara spontanément que ce que nous cherchions à réaliser avait été le rêve de sa vie. « Mon appui vous est tout acquis, nous répondit-il, marchez avec confiance, je vous donne l'appui de mes relations, de mon expérience, et celui de ma bourse, si cela est nécessaire. »

Vous savez à quel point il a tenu sa promesse et nous admirons tous cette existence qui fut tout entière de bonté, de désintéressement et de modestie.

M. Viau propose de lever la séance en signe de deuil (Approuvé).

Il communique une lettre de M. Lecaudey fils et rend compte d'une visite qu'il a faite en compagnie de M. Godon chez le Dr Lecaudey. Ce dernier avait manifesté à son fils le désir qu'il n'y eût ni fleurs ni discours à son enterrement.

M. Papot propose une réunion du bureau pour prendre les mesures nécessaires (Adopté).

La séance est levée à 9 h. 1/4.

Le secrétaire général,
Dr E. SAUVEZ.

Séance du 26 février 1901.

Présidence de M. GODON, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

Présents : MM. Bonnard, Bioux, Charpentier, de Croës, d'Argent, Devoucoux, Gillard, Lemerle, Martinier, Papot, Richard-Chauvin, Roy, Sauvez, Stévenin, Viau, Weber.

M. Sauvez lit le procès-verbal, qui est adopté.

M. Godon rend compte des obsèques de M. Lecaudey, où il conduisait le deuil ; il énumère les sociétés représentées et les couronnes offertes.

M. Godon annonce le décès de Mme Monjauze, mère de l'architecte de l'Ecole (Condoléances exprimées).

Il communique une lettre de l'Ecole dentaire de Lyon relative au décès de M. Lecaudey. Des remercîments sont adressés à cette Ecole.

Il fait part du mariage de M. Baudet. Des félicitations sont adressées à ce dernier.

Il communique également une lettre de M. Perrigault qui remercie de sa nomination comme membre honoraire.

Il signale l'envoi d'une pétition au Ministre de la Guerre touchant le service militaire des étudiants en dentisterie et la décision prise par le Ministre à cet égard, ainsi que la correspondance échangée avec l'inspecteur d'Académie.

Il annonce que les Sociétés qui ont organisé le Congrès se sont constituées en Comité d'initiative de la Fédération dentaire nationale et que cette association va être formée.

Il propose d'approuver la pétition relative à l'admission des chirurgiens-dentistes au concours pour la nomination des dentistes des hôpitaux. (Adopté).

Il signale une lettre du Préfet de la Seine relative à l'attribution d'une bourse à l'élève Courtil.

M. d'Argent donne lecture de son rapport sur la réorganisation de l'Administration, rapport établi au nom du bureau.

M. Godon remercie M. d'Argent au nom du Conseil.

Il est décidé que la question sera portée devant l'Assemblée générale.

Après observations de *MM. Roy*, *Chauvin*, *Godon*, *Stévenin* et *Sauvez*, celle-ci est fixée au 16 mars. Le rapport de M. d'Argent, terminé par un ordre du jour sera soumis à cette assemblée, ainsi que la question de la Fédération dentaire nationale et de la nomination des délégués.

M. Godon offre un exemplaire de sa thèse à la bibliothèque et prie M. Lemerle de la remplacer à la présidence.

M. Martinier communique une demande de M. Richard-Chauvin tendant à la suppléance de ce professeur et propose de charger M. Barrié de cette suppléance (Adopté).

M. Martinier dépose des circulaires adressées aux membres du corps enseignant. Il demande que la suite des questions dont il a à entretenir le Conseil soit renvoyée au bureau (Adopté).

Un rapport de M. Viau concluant à l'approbation de la proposition de M. Lemerle relative à la gratuité des inscriptions pour les enfants des membres du corps enseignant est approuvé et la proposition est renvoyée à l'Assemblée générale pour modification au Règlement intérieur.

M. Papot dépose un volume offert par la maison Ash. Des remercîments sont votés au donateur.

Il dépose une demande d'admission dans la Société formée par M. Marc Gravier, d'Annonay, qui est renvoyée au Conseil de famille.

M. Stévenin propose, au nom de ce dernier, l'admission de M. Conte, 36, rue Clignancourt, Paris, qui est prononcée.

La séance est levée à minuit.

Le Secrétaire général,
Dr E. Sauvez.

Assemblée générale du 16 mars 1901.

Présidence de M. Viau, vice-président.

La séance est ouverte à 9 h. 1/2.

35 membres sont présents.

Excusés : MM. Godon, Sauvez et Papot.

M. Stévenin donne lecture du procès-verbal de l'assemblée générale du 21 décembre 1900, qui est mis aux voix et adopté.

M. Martinier. — En ma qualité de directeur-adjoint de l'Ecole, j'ai un devoir pénible à remplir : celui de vous annoncer la mort du docteur de Gennes, professeur de pathologie générale à l'Ecole et chargé de la clinique médicale à l'hôpital Boucicaut, qui donnait à nos étudiants un précieux enseignement. Pour témoigner les regrets que nous cause cette perte je propose l'ordre du jour suivant :

« La Société civile de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris, réunie en assemblée générale le 16 mars 1901, apprend avec peine la mort d'un de ses collaborateurs les plus précieux et les plus dévoués, le Dr de Gennes, professeur de pathologie générale à l'Ecole dentaire de Paris, et envoie à sa famille l'expression de ses regrets les plus vifs. »

Cet ordre du jour est mis aux voix et adopté.

M. Viau. — Nous sommes réunis pour examiner la question de la nomination d'un administrateur général de l'Ecole appointé. Le Conseil de direction a chargé une Commission d'étudier cette question et de lui présenter un rapport, et les membres de cette Commission étaient bien qualifiés pour ce travail. Le rapport a été lu au Conseil, qui l'a approuvé à l'unanimité. M. d'Argent, rapporteur, va vous le communiquer.

M. d'Argent donne lecture de ce document.

M. Collard. — Va-t-on voter pour le principe ou pour le fonctionnaire ?

M. d'Argent. — Pour le principe. Voici d'ailleurs un ordre du jour (il ne donne lecture). Nous ne pouvons pas en assemblée générale déterminer les clauses du contrat ; nous devons nous borner à donner l'autorisation de le conclure. Nous aurions certes beaucoup hésité à vous proposer la chose, si nous n'avions pas sous la main un homme sur lequel nous pouvons compter. L'ordre du jour que je viens de lire peut donc être adopté par l'assemblée ; le Conseil fera le reste, car nous ne pouvons pas nous engager dès à présent pour le titre, les fonctions et les émoluments.

M. Stévenin. — L'administrateur général continuera-t-il à faire partie du Conseil ? J'y verrais peut-être des inconvénients, car il doit être l'exécuteur des décisions du Conseil.

M. Richard-Chauvin. — Cette question a déjà été débattue et doit être résolue. Pour le cas présent il n'y a pas d'inconvénient à ce que M. Papot reste membre du Conseil, mais une autre fois on pourra prendre une décision sur ce point.

M. Roy. — Il serait préférable que l'administrateur général fût

entendu par le Conseil à titre consultatif et non à titre délibératif. Il faut que le pouvoir législatif soit distinct du pouvoir exécutif.

M. Stévenin. — Cet administrateur, dit-on, serait en même temps secrétaire général ; vous n'auriez donc plus de secrétaire général ? Cependant il faut en conserver un.

M. Joseph. — M. Papot va être chargé d'une fonction très lourde ; pourquoi donc l'écarter du Conseil ? L'exécutif et le législatif n'ont pas besoin d'être séparés, car le Conseil aurait toujours le pouvoir d'empêcher l'opinion d'une seule personne de prévaloir. La question de son admissibilité au Conseil ne peut pas être discutée ici.

M. Rollin. — Qu'est-ce qui a nécessité cette fonction nouvelle ?

M. d'Argent. — Je l'ai dit au commencement de mon rapport.

M. Viau. — Les fonctionnaires responsables sont accablés de travail.

M. Collard. — On pourrait examiner si l'administrateur général peut rester au Conseil.

M. d'Argent. — Il y a une question d'indépendance réciproque à décider que l'administrateur ne sera pas membre du Conseil ; mais le progrès vient lentement et ne s'accomplit pas d'un seul coup. Au début nous ne le demandons pas, mais il se peut qu'on en voie la nécessité plus tard. Déléguez donc vos pouvoirs au Conseil à cet égard, car c'est une question de doigté.

M. Bonnard. — Vous organisez un nouveau service ; il faut donc l'organiser dans toutes ses parties dès à présent, car si plus tard le Conseil se décidait à écarter M. Papot de son sein, ce serait beaucoup plus blessant pour lui. Il y a lieu de bien délimiter sa fonction dès maintenant, parce qu'il faut que le Conseil prenne ses décisions en toute liberté. Je suis partisan, pour ma part, que le fonctionnaire que vous choisirez ne fasse pas partie du Conseil.

M. Arnold. — M. Papot se trouvant soumis à sa réélection, il serait fâcheux qu'il ne fût pas réélu.

M. Lemerle. — Je tiens de M. Papot qu'il ne verrait pas d'un mauvais œil qu'on l'écartât du Conseil dès à présent.

M. Roy. — Un contrat va être passé ; faut-il que la clause y figure ?

M. Viau. — Vous ne pouvez pas voter d'emblée une modification aux statuts.

M. Stévenin. — Nous sommes précisément là pour cela.

M. d'Argent. — Il suffit d'introduire dans l'ordre du jour une phrase indiquant que l'administrateur général ne sera pas éligible au Conseil. Voici cet ordre du jour ainsi modifié :

« L'assemblée générale, après avoir entendu le rapport présenté par M. J. d'Argent, donne son approbation au traité à intervenir entre l'Ecole et le Dispensaire dentaires de Paris et M. Edmond Papot, et notamment en ce qui concerne le titre d'administrateur général, la durée du Contrat, fixée à six années, et les émoluments attachés à la fonction. Elle décide que l'administrateur général ne sera pas éligible au Conseil d'administration, et elle charge en outre le Conseil de déterminer et d'arrêter les termes et conditions du traité, en ce qui touche la nature et le détail de la fonction d'administrateur général, et de contracter en son nom. »

L'ordre du jour, modifié, est mis aux voix et adopté.

M. Lemerle présente la proposition suivante de *modification au Règlement intérieur :*

« Art. 1er. — Les enfants des membres du corps enseignant et des administrateurs de l'Ecole dentaire de Paris pourront obtenir gratuitement leurs inscriptions dans ladite Ecole.

Art. 2. — Pour bénéficier de cette gratuité, ces fonctionnaires devront avoir, au moment de la demande, un minimum de 10 années de service, sans interruption.

Art. 3. – Dans une même famille, il ne pourra pas y avoir simultanément deux enfants en cours d'études à l'Ecole, bénéficiant de la présente disposition. »

M. Richard-Chauvin. — Je suis opposé à cette proposition. Si l'assemblée générale trouve que les professeurs ne sont pas assez rétribués, qu'elle décide de les rétribuer davantage ; mais les membres du corps enseignant n'ont pas besoin de cet avantage-là.

M. Roy. — Je regrette de ne pas avoir eu l'idée de M. Lemerle, autrement j'aurais présenté plus tôt une proposition dans ce sens. On a parlé des professeurs de lycée qui ont la pension gratuite pour leurs enfants ; c'est bien légitime. C'est parce que l'Ecole ne peut pas rétribuer davantage que cette proposition vous est faite.

M. Viau. — M. Godon propose l'adjonction suivante :

« Art. 4. — Dans le courant d'une même année scolaire il ne pourra y avoir plus de cinq boursiers de cette catégorie. »

M. Bonnard. — C'est limitatif.

M. Roy. — C'est excessif.

M. Martin. — Pourquoi exigez-vous dix ans de service *sans interruption* ?

M. Lemerle. — En effet, il faut dire « *dix ans de service effectif* » et supprimer les mots *sans interruption.*

Les art. 1, 2 et 3 sont successivement mis aux voix et adoptés, le second avec la modification proposée par M. Lemerle.

L'art. 4 est mis aux voix et repoussé.

La séance est levée à minuit.

Le Secrétaire général,
Dr E. Sauvez.

CONSEIL DE DIRECTION

Séance du 9 avril 1901.

Présidence de M. Godon, président.

La séance est ouverte à 9 h.

Présents : MM. Bonnard, Blocman, Charpentier, de Croës, d'Argent, Lemerle, Martinier, Papot, Roy, Sauvez, Stévenin, Viau.

M. Sauvez donne lecture du procès-verbal, qui est adopté.

M. Godon annonce la mort du Dr de Gennes, professeur de pathologie interne à l'Ecole, exprime les regrets que cause cette perte, en raison du précieux concours que le défunt apportait au corps enseignant.

Il annonce également le décès de M. Lot, de Bordeaux, et de M. Duncombe père, de Lisieux.

Des condoléances sont exprimées aux familles.

Il fait part des regrets exprimés par M. Paterson, au nom de l'Association dentaire britannique, à l'occasion de la mort de M. Lecaudey.

Il annonce le mariage de MM. Barey et Hauroux et les distinctions honorifiques obtenues par divers membres du corps enseignant et de l'Association.

Des félicitations sont adressés à tous.

Il signale un don d'appareils fait par M. Delair à l'Ecole et le don par M. le Dr Achille Audy, de Senlis, de deux exemplaires de sa thèse : « Des accidents d'éruption des dents permanentes autres que les dents de sagesse. »

Des remercîments sont votés aux donateurs.

Il communique des lettres de remercîments de M. Conte pour son admission dans la Société et de M. Emmanuel Loriot-Lecaudey.

Il annonce que le Conseil général a accordé à la Société une subvention de 300 francs et le Conseil municipal, une subvention de 500 francs.

Il communique des demandes d'admission présentées par MM. Baudet, 28, rue Richelieu, Paris ; Paillard, de Corbeil ; Foucou, d'Yverdon ; de La Loge, 115 avenue de Neuilly, Neuilly-sur-Seine ; Robert Fontenelle, de Vouziers ; Dr Martinot, 63, avenue de Saint-Ouen ; Dr Achille Audy, de Senlis.

M. Papot communique une demande semblable de M. Amin Beheit, de Damas.

M. Stévenin conclut à l'admission de M. Marc Gravier, d'Annonay.

Les admissions de MM. Baudet, Paillard, Martinot, de La Loge et Gravier sont prononcées. Les demandes de MM. Foucou, Audy, Fontenelle et Beheit sont renvoyées au Conseil de famille.

M. Godon fait part d'une demande de prêt de pièces du musée formée par M. Radiguet.

M. Lemerle est chargé de la décision à prendre et de la réponse à faire.

M. *Godon* communique une lettre par laquelle M. Martinot demande à être nommé démonstrateur (Renvoyé à la Commission d'enseignement).

Il propose, sur avis conforme du bureau, de réinvestir M. le Dr Marie de ses fonctions de professeur de pathologie interne générale et spéciale en remplacement du Dr de Gennes, décédé (Adopté).

Le bureau est autorisé à organiser d'une façon provisoire le service des consultations médicales à l'hôpital.

M. Godon signale une pétition adressée au Conseil de surveillance de l'Assistance publique par trois membres du corps enseignant de l'Ecole, dentistes des hôpitaux, au sujet des épreuves du concours de nomination et recommande aux membres du Conseil d'administration de la faire appuyer.

M. Martinier communique une plainte de M. Heïdé relative à l'emploi de l'acide arsénieux à la clinique.

Il est décidé que l'attention des chefs de service de la dentisterie opératoire sera appelée sur cette question.

Il rend compte des punitions infligées à deux élèves. Il annonce que M. Delair a commencé ses démonstrations pratiques. Sur sa demande, le vote d'un crédit de 224 fr. par le bureau pour fourniture d'outils à la prothèse est ratifié.

Il communique une plainte formée par M. R. contre M. P. (Renvoyé au Conseil de famille).

Il présente une demande de congé de 10 jours formée par M. Weber (Accordé).

M. d'Argent donne lecture d'un projet de contrat entre l'Ecole et l'adminis-

trateur général et *M. Godon* fournit des explications complémentaires. Il est décidé que ce contrat sera annexé au procès-verbal.

Après observations de *MM. Stévenin, Godon, Martinier, Blocman, Roy* et *Viau*, le Conseil décide de voter sur les articles et sur l'ensemble au scrutin secret, à la demande de *M. Martinier.*

Par 12 oui sur 12 votants, les divers articles sont adoptés et le contrat est approuvé. M. Papot est nommé administrateur général de l'Ecole pour 6 ans. *M. Godon* le félicite et le remercie d'assumer cette charge. *M. Papot* remercie à son tour, assure le Conseil de son dévouement et donne sa démission de président de la Commission scolaire et de membre du Conseil.

Sur la demande de *M. Godon*, la Commission qui a dressé le contrat est chargée d'élaborer un règlement intérieur déterminant les rapports des divers fonctionnaires avec l'administrateur général et de formuler des propositions pour le renouvellement du bureau.

M. Godon annonce que M. Sauvez est nommé dentiste des hôpitaux Bichat, Laënnec et Andral.

M. Papot rend compte des examens et lit un rapport concluant à l'adoption de la proposition de M. Mendel-Joseph tendant à l'obligation pour les élèves d'avoir sur leur carnet scolaire des notes de travaux pratiques d'histologie (Approuvé).

M. Lemerle lit le compte rendu final de l'exposition rétrospective de 1900 et dépose toute la correspondance y relative, qui est versée aux archives.

M. Godon remercie MM. Lemerle et Charpentier du rôle qu'ils ont joué dans l'organisation de cette exposition et il est décidé que ce compte rendu sera publié.

Les cours préparatoires autographiés seront vendus, sauf trois collections, par une commission comprenant MM. Sauvez, Papot et Lemerle.

La séance est levée à 11 h. 40.

Le secrétaire général,
Dr SAUVEZ.

Séance du 30 avril 1901.

Présidence de M. GODON, président.

La séance est ouverte à 9 h. 1/4.

Présents : MM. Bonnard, Blocman, de Croës, Charpentier, d'Argent, Lemerle, Martinier, Richard-Chauvin, Sauvez, Stévenin, Touvet-Fanton, Viau, membres, Papot, administrateur général.

M. Sauvez lit le procès-verbal, qui est adopté.

M. Godon communique une lettre par laquelle M. Papot annonce qu'il prendra possession de ses fonctions le 1er juin.

Le Conseil en prend acte et décide que le service de l'administrateur général commencera à cette date.

M. Godon lit une lettre de remercîments de M. le Dr Marie à l'occasion de sa réinvestiture de la chaire de pathologie interne et une lettre par laquelle M. de Marion demande un congé pour raison de santé.

Des regrets sont exprimés de l'état de santé de M. de Marion, auquel un congé est accordé jusqu'à la fin de l'année scolaire.

M. Godon présente la demande d'admission de M. Baëlen, 7, boulevard des Capucines, Paris, qui est admis.

M. Godon signale la pétition adressée au Conseil de surveillance de l'Assistance publique relativement aux épreuves pratiques du concours pour la nomination de dentistes des hôpitaux.

M. Sauvez fait connaître qu'il a été entendu avec MM. Frey et Roy par la Commission de ce Conseil.

MM. Richard-Chauvin et *Martinier* formulent des observations.

M. Martinier remet une pièce de prothèse en or offerte par M. Poinsot et qui sera démontée.

Des remercîments sont adressés au donateur.

M. Sauvez signale diverses lettres de remercîments adressées par de nouveaux promus dans l'ordre de l'Instruction publique.

Il présente la liste des inscriptions accordées et des inscriptions refusées dans le trimestre (Approuvé).

Le Président de la Commission scolaire est invité à présenter des modifications au règlement intérieur, de façon à le mettre en accord avec sa proposition d'ajournement à trois mois des élèves précités.

M. Sauvez communique un projet de circulaire à envoyer à l'Assistance publique, aux compagnies de chemins de fer, etc., pour annoncer qu'il est fait des restaurations prothétiques gratuites au dispensaire. Ce projet est approuvé et il est décidé que la circulaire sera envoyée et renouvelée chaque année.

M. Godon donne lecture d'une formule déterminant les attributions et les rapports des divers fonctionnaires de l'Ecole avec l'administrateur général, préparée par la Commission spéciale, et de diverses modifications au Règlement intérieur (Adopté).

Il est procédé au renouvellement du bureau.

Résultats du scrutin : Votants, 13. Majorité absolue, 7.

Président	MM.	Godon	11 voix, élu.
		Viau	1
		Bulletin blanc	1
Vice-présidents	MM.	Lemerle	12 voix, élu.
		Viau	8
		Blocman	2
		Richard-Chauvin	1
		Bonnard	1
		Sauvez	1
Secrétaire général	MM.	Sauvez	10 voix, élu.
		Stévenin	1
		Bonnard	1
		Bulletin blanc	1
Trésorier	MM.	d'Argent	12 voix, élu.
		Martinier	1
Secrétaire des séances	MM.	Weber	12 voix, élu.
		Bonnard	1
Bibliothécaire	M.	Bonnard	13 voix, élu.
Conservateur du Musée	MM.	Lemerle	9 voix, élu.
		Charpentier	3
		Richard-Chauvin	1
Économe	MM.	Devoucoux	11 voix, élu.
		Bonnard	1
		de Croës	1
Conservateur-adjoint du Musée	M.	Charpentier	11 voix, élu.
Bibliothécaire id	MM.	Charpentier	11 voix, élu.
		de Croës	1

1° Nomination du directeur adjoint.

MM.	Martinier	12 voix, élu.
	d'Argent	1

Il est procédé ensuite à divers scrutins :

2° Nomination d'un membre de la Commission scolaire en remplacement de M. Papot.

MM.	Bonnard	8 voix, élu.
	Richard-Chauvin	3
	Blocman	1
	d'Argent	1

3° Nomination d'un délégué à la Société d'Odontologie.

M. Richard-Chauvin........................ 12 voix, élu.

4° Nomination d'un membre de la Commission du local et des achats en remplacement de M. Papot.

M. Bioux.................................... 12 voix, élu.

M. de Croës donne lecture du rapport de la Commission d'enseignement concluant à l'ouverture d'un concours pour deux postes de chefs de clinique de chirurgie dentaire, d'un concours pour un poste de chef de clinique de prothèse et d'un concours pour un poste de professeur suppléant de dentisterie opératoire. Les deux premiers concours sont fixés au 23 juin, le troisième au 30 juin.

M. Martinier en communique les programmes. Des observations sont présentées par *MM. Stévenin, Bonnard, Martinier, Godon, de Croës, Papot et Richard-Chauvin.* Ces programmes sont adoptés avec la condition que les candidats devront avoir le droit d'exercice en France.

La séance est levée à minuit.

Le Secrétaire général,
Dr SAUVEZ.

21e ANNÉE. N° 15 15 AOUT 1901 VOL. XXVI



L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

Travaux Originaux

NOUVEAU PROCÉDÉ PERMETTANT L'APPLICATION RATIONNELLE ET SIMPLIFIÉE DE L' « APPAREIL A PONT ». *PIVOT A ROTULE :* AMOVIBILITÉ, *SUPPRESSION* DE LA NÉCESSITÉ DU *PARALLÉLISME* DES PIVOTS *MULTIPLES* — EXTENSION DU PRINCIPE — APPLICATIONS. CONSÉQUENCES EN *HYGIÈNE* ET EN PROPHYLAXIE. *RÉTABLISSEMENT INTÉGRAL DU JEU PHYSIOLOGIQUE DES ORGANES INTÉRESSÉS.*

Par M. ED. TOUVET-FANTON[1],
Chirurgien-dentiste de la Faculté de médecine,
Chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris.

(Suite et fin.)

CHAPITRE IV

APPLICATIONS

Le pivot à rotule pourra être appliqué évidemment partout où l'on pourra placer un tube pour le recevoir : dans les racines, dans les couronnes, le long des parois de celles-ci ; mais en outre, il pourra occuper des directions et des plans différents.

[1] Voir *L'Odontologie* des 30 mai, 15 et 30 juin 1901.

Bien que cela nous semble créer une difficulté inutile, rien n'empêcherait d'ailleurs de placer les pivots à rotule sur les appareils dont les tubes auraient été placés dans la bouche au moyen des appareils à parallélisme quelconques, afin, tout en facilitant l'application de nombreux pivots, de conserver aux organes leur jeu physiologique.

Nous avons vu que nous avons à notre disposition des pivots à rotule extrêmement réduits, spécialement construits pour les appareils à pont ; nous pourrions *à l'occasion* employer des rotules de dimensions plus fortes.

De plus, nous avons vu qu'on peut les composer selon le besoin en pivots à mortaise, à glissière ou à tunnel (*fig. chap. II*).

On peut aussi, en supprimant la presque totalité de la tige du pivot, employer la rotule seule comme charnière agissant en tout sens, unie à une coiffe par exemple (*fig. 35*).

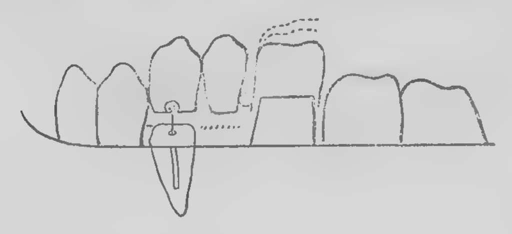


Fig. 35.

On pourrait, au besoin, *renverser* dans sa construction les éléments qui le composent, en faisant de la tête la partie fixe soudée sous l'appareil et de la cupule la partie mobile soudée au pivot.

On peut enfin appliquer les pivots à rotule sur les appareils de vulcanite, soit en introduisant un pivot à tête dans le caoutchouc, dont la masse formerait la cupule, bien que ce moyen soit peu précis, soit plus exactement en y emprisonnant le pivot complet.

On voit combien est large le champ où le principe de ce procédé peut trouver application en général.

Il trouve en particulier cette application :

1° Dans la confection des appareils à pont (voyez *fig. 33*

à 44, quelques exemples de cas où l'appareil A ÉTÉ utilisé[1]);

2° Comme moyen de rétention des appareils *quelcon-*

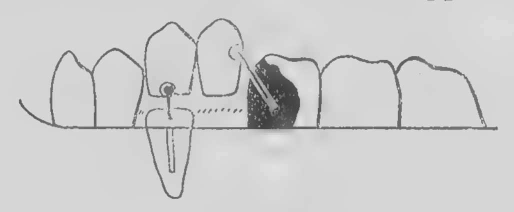


Fig. 36.

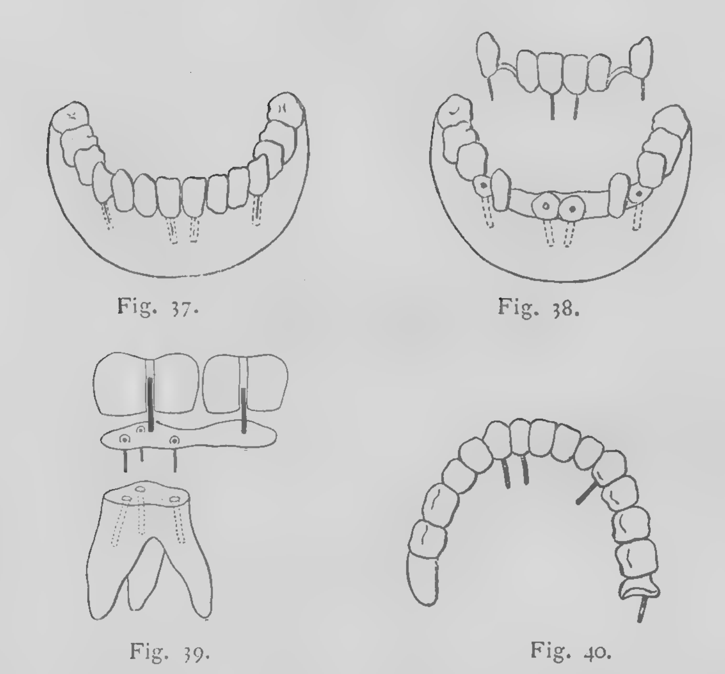


Fig. 37. Fig. 38.

Fig. 39. Fig. 40.

ques ; avec plaques (V. *fig. 31*) ; avec combinaison facultative d'ailettes et d'anneaux (V. *fig. 42 et 43*) ;

3° Dans la réparation des appareils quelconques munis de pivots fixes, soit isolés, soit multiples dans le cas où l'un de ceux-ci aurait besoin d'être remplacé et où l'on pourrait se passer de la direction exacte de ce dernier (application des pivots à rotule aux tubes parallèles) ;

---

1. Appareils présentés sur les sujets à la Société d'Odontologie (séance du 2 juillet).

4° Comme moyen de rétention dans les appareils de res-

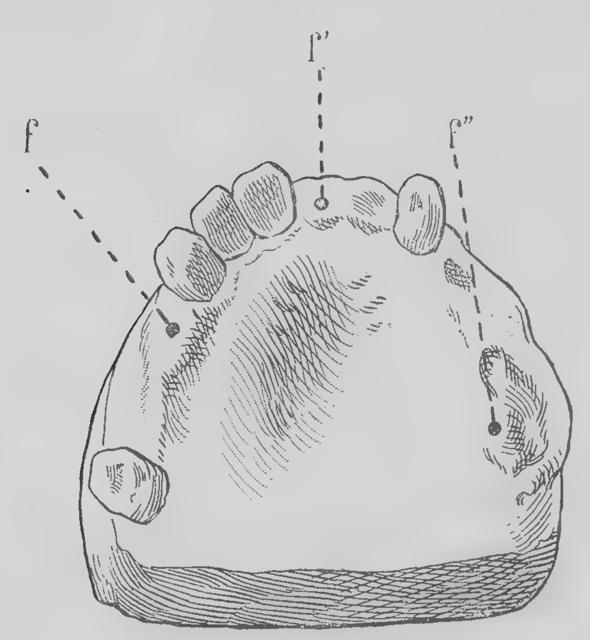


Fig. 41.

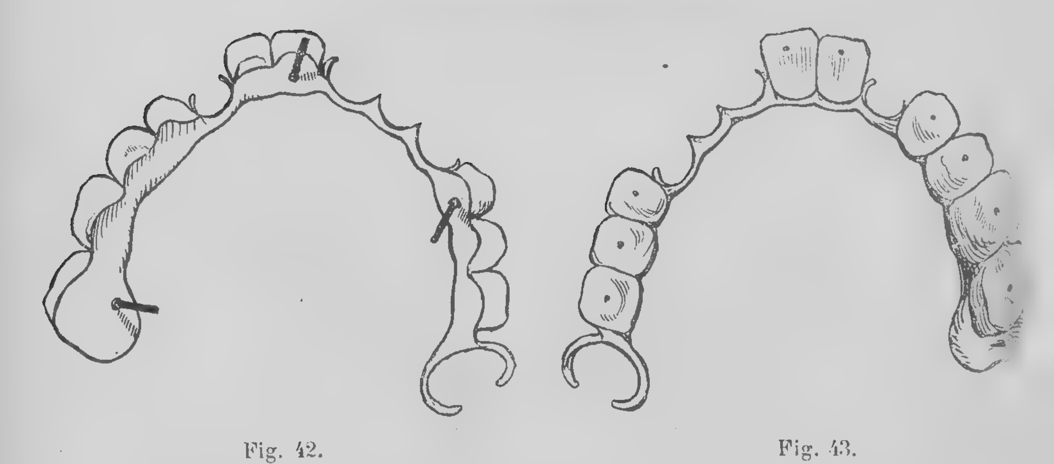


Fig. 42. Fig. 43.

tauration plus étendue *intéressant les maxillaires*, soit comme pivot à rotule simple, soit composé.

CHAPITRE V

CONCLUSIONS GÉNÉRALES. CONSÉQUENCES DE L'ADOPTION DU NOUVEAU PROCÉDÉ SUR L'HYGIÈNE ET LA PROPHYLAXIE (ASEPTIE, ETC.). RÉTABLISSEMENT INTÉGRAL DU JEU PHYSIOLOGIQUE DES ORGANES INTÉRESSÉS. DÉMONSTRATION THÉORIQUE DE LA RÉPARTITION HOMOGÈNE DES EFFORTS.

Par l'expérience que nous avons des appareils *à pont fixes* ou *bridges inamovibles,* et même « a priori » par le seul examen de leur moyen d'attache, il n'est pas besoin d'insister pour se rendre compte qu'il est impossible avec ce système d'appareils d'entretenir la bouche dans un parfait état de propreté. Nous disons « propreté », car si l'aseptie absolue est impossible à réaliser dans cette région, la bouche, qui a été justement appelée « l'antichambre de l'estomac », ne sera plus seulement le siège de notre première digestion, le siège de fermentations nécessaires, mais sera bientôt devenue un champ de culture hospitalier aux micro-organismes de tous genres. La difficulté du nettoyage de l'appareil, en effet, et des interstices des dents, des racines, des coiffes, etc. auxquels il est fixé, le séjour dans tous ces foyers de fermentation des débris alimentaires, augmentés encore par la présence du tartre qui viendra s'y déposer, altèreront bientôt la réaction normale de la salive ; et si celle-ci est déjà souvent acide le matin chez beaucoup de sujets en raison de la fermentation des détritus qui peuvent subsister sans la présence d'un appareil, elle se maintiendra constamment anormale, avec son concours. L'insalivation sera tantôt exagérée, tantôt arrêtée dans son cours normal ; la chaleur, la fétidité de l'haleine se manifesteront. La mastication, qui était le premier but recherché, se trouvera dès maintenant entravée. Enfin toutes les fonctions physiologiques de la bouche avec répercussion sur les voies digestives pourront s'altérer d'une façon variable, suivant les dispositions diathésiques, la résistance des sujets et les précautions qu'ils pourront prendre ; mais elles s'altéreront fatalement à des degrés divers, sans préjudice, en outre, des consé-

quences pathologiques immédiates produites dans l'entourage du maxillaire : caries dentaires, périodontites et toutes leurs complications infectieuses.

D'ailleurs, cet état spécial créé par la présence de l'appareil, dont la première règle de prophylaxie condamne dès maintenant l'application, et dont la règle d'hygiène interdit le retrait, ne fera que faciliter d'autres accidents, plus fatals assurément ceux-là, parce qu'ils tiennent précisément aux conditions dans lesquelles cet appareil se trouve placé, conditions absolument contradictoires avec le jeu physiologique des organes destinés à le soutenir ; si bien que son adoption nous enferme dans un cercle : ou bien pas de restauration, ou bien une restauration condamnée à produire des accidents pires que ceux auxquels elle devait remédier, et dont le moindre sera la chute des organes qu'elle était destinée à remplacer.

Il faut considérer, en effet, que les dents sont des organes parfaitement indépendants les uns des autres d'abord, et du maxillaire où elles sont implantées ensuite, dont le périodonte (qu'il soit périoste ou ligament) les sépare et peut, sinon histologiquement, du moins par analogie, les faire comparer à des organes articulés : cela est si vrai qu'un des moindres accidents inflammatoires de ce ligament est précisément l'ankylose de l'organe.

Si elles ne changent de position que sous une influence pathologique, elles n'en sont pas moins douées d'une certaine souplesse, qui concourt précisément à leur donner la force nécessaire à supporter la pression considérable des contractions musculaires pendant l'acte de la mastication. De plus, tout en possédant une certaine élasticité particulière à chacune d'elles, cette élasticité est mise en commun par le fait de leur rapprochement immédiat et réciproque pour les faire se soutenir entre elles en quelque sorte en s'arc-boutant. Nous n'en choisirons pour preuve que la position anormalement oblique que prend une dent qui se trouve isolée, même seulement d'un côté, par la chute de l'organe voisin.

On conçoit alors, lorsqu'un appareil scellé dans ces organes au moyen de pivots, couronnes, anneaux, en comprend un certain nombre dans son étendue, que ces organes, immobilisés ainsi complètement, rendus rigidement solidaires les uns des autres, ne jouissent plus de leurs prérogatives physiologiques normales, première cause de troubles inflammatoires. Et cela, indépendamment des effets mécaniques qu'ils vont subir dans les fonctions qu'ils ont à remplir.

Voyons en effet comment, sous les efforts masticatoires, *l'appareil fixe* va se comporter :

Schématiquement cet appareil peut être représenté (*fig.44*)

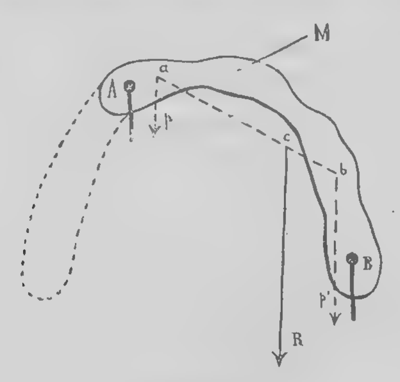


Fig. 44.

par une surface *M* supportée par deux points d'appui absolument fixes *A* et *B*, de telle sorte qu'au point de vue mathématique on est en présence d'un système indéformable. Lors de la mastication, les efforts que cette surface a à subir sont des pressions qu'on peut momentanément considérer comme parallèles, et qui s'exercent en différents points de la surface, mais pas nécessairement aux points *A* et *B*. Il est évident que la réalisation de cette circonstance serait contraire à la fonction même de l'appareil qui a pour but son usage en tous ses points.

Soient donc deux quelconques de ces efforts représentés par des forces p et p' appliquées en deux points quelconques a et b du bridge-work : d'après la loi mécanique de la

composition des forces parallèles, les deux forces p et p' ont une résultante R qui « leur est parallèle, dirigée dans le même sens qu'elles, égale en grandeur à leur somme et placée de telle manière que sa direction partage la droite $a\,b$ en deux parties ac, cb, inversement proportionnelles, aux intensités de ces forces p, p' ».

Pratiquement, cet effort R se transmettra d'une manière très inégale sur les deux points d'appui A,B et fera travailler « le bridge-work » de la manière la plus hétérogène.

Il en résulte qu'étant en présence d'un système indéformable, l'effort produit *tend* à rupture.

Cette répartition inégale des efforts, indépendamment de la question de stabilité durable de l'appareil, produira fatalement l'inflammation du périodonte avec tout son cortège d'accidents possibles, variant de la nécrose ou de l'ankylose de l'organe-soutien aux accidents de propagation intéressant le maxillaire.

Les résultats des conditions absolument opposées à l'hygiène, précédemment constatées, viendront se mélanger aux accidents que nous venons de voir, occasionnés par l'immobilisation antiphysiologique des soutiens et la répartition hétérogène des efforts qu'ils supportent, multipliant entre eux les causes de complications pathologiques, dont le moindre résultat sera la chute des assises de l'appareil.

Considérons maintenant un appareil *mobile à pivots parallèles.* Au premier abord on se rend compte qu'au point de vue de l'hygiène, il donne une certaine satisfaction, grâce à la possibilité qu'il offre de le retirer de la bouche. Cependant, au point de vue physiologique, il est évident qu'une fois ses éléments de maintien, qui sont *fixes*, introduits à leur place dans les tubes *scellés* qui le portent, il se conduira exactement comme l'appareil précédent, puisque le seul jeu qui puisse se produire réside seulement dans ses soutiens. Il subira donc les mêmes inconvénients que le bridge inamovible. Cela nuira toutefois au bout de peu de temps, à des degrés variables, au maintien de l'hygiène

parfaite de la région. De plus, la nécessité du parallélisme de ses points de rétention obligera à placer ceux-ci dans une position toujours différente de la direction des axes des dents, ce qui créera une cause nouvelle de la répartition anormale des efforts.

Certainement, cet appareil a fourni quelques résultats meilleurs, mais c'est grâce en quelque sorte aux courts moments de répit qu'il peut donner à ses soutiens fatigués, ce qui est insuffisant. Et l'on peut dire que l'appareil, muni de moyens de rétention parallèles, est un appareil plus ingénieux que rationnel. Enfin, si parmi l'un quelconque de ces genres d'appareils, « fixes », ou « mobiles à soutiens parallèles », il en est quelques-uns qui ont résisté à tout, on peut dire qu'ils n'ont fait en cela qu'imiter certains organismes particulièrement favorisés à la résistance, que cela n'est pas une raison pour conclure à leur acceptation raisonnée, et que c'est une exception qui confirme la règle que nous avons été amené à déduire de la logique même et de l'expérience.

On remarquera en outre qu'avec ces appareils, plus il y aura de points de rétention, plus il y aura de soutiens immobilisés et condamnés à être surmenés ; que d'autre part, si ces appareils n'en comportent qu'un petit nombre, ces soutiens seront impuissants à supporter les efforts constamment répartis de façon inégale et anormale.

Considérons maintenant ce qui se passe avec un *appareil muni de pivots à rotule*. Dans ce cas, il est évident que la théorie mathématique et mécanique de la répartition des efforts subsiste dans toute sa rigueur ; mais, par suite des différentes positions que peuvent prendre dans l'espace les points d'appui A, B, relativement à la direction des efforts auxquels ils sont soumis, l'effort « résultant » ne fait plus travailler à la rupture, mais tend précisément à placer l'appareil dans sa position la plus favorable d'utilisation. Il est à peine utile de faire remarquer que le déversement de l'appareil n'est pas perceptible dans la pratique, pas plus que ne l'est, dans un autre ordre d'idées, celui des cons-

tructions métalliques édifiées par nos ingénieurs modernes, pour d'autres raisons évidemment, sur des pivots mobiles.

Nous avons considéré jusqu'ici les efforts comme parallèles ; le même raisonnement serait applicable en son entier dans le cas où l'un quelconque des appareils serait soumis à des forces de directions quelconques.

En effet, ces forces n'ont généralement pas de résultante unique, mais on démontre en mécanique qu'elles peuvent toujours se réduire à « un couple et à une force non située dans le plan du couple ».

L'appareil à « pivots à rotule » remplit donc encore bien mieux les conditions mathématiques exigées.

Mais ce n'est pas tout, et il faut joindre à cet important avantage celui non moins intéressant du nombre plus considérable de points d'appui qu'il peut comporter : nous allons voir quel immense perfectionnement cette particularité représente au point de vue physiologique, puisque, contrairement aux appareils précédemment étudiés, *il permet de diminuer les efforts sur les pivots :*

Et en effet :

1° Prenons d'abord un système de deux pivots : α et β (*fi. 45*).

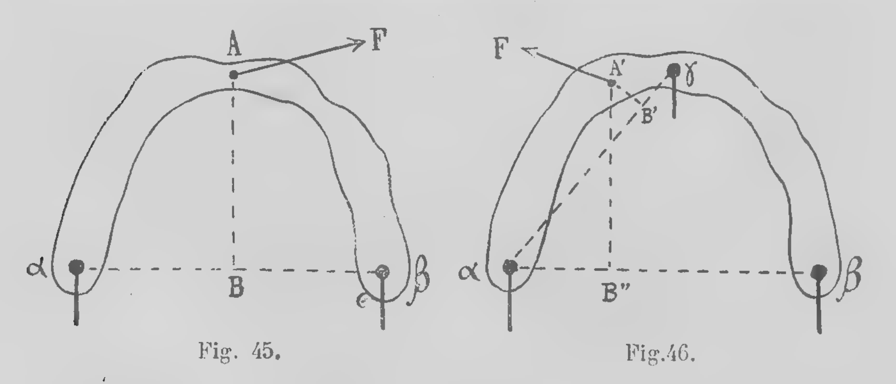


Fig. 45. Fig. 46.

Soit un effort F agissant en A ; le déversement qui se produit autour de l'axe $\alpha\,\beta = F \times A\,B$ le bras de levier.

2° Prenons maintenant trois pivots α, β, γ (*fig. 46*). Si l'effort tombe juste en γ, le déversement produit est nul, puisque le bras de levier est nul.

3° Si l'effort F tombe en A', le déversement se fait autour de $\alpha\gamma$ où il est $= F \times A' B'$, tandis que, s'il n'y avait eu que deux pivots α, β, il eût été $= F \times A' B''$.

Or, on a $A'B' < A'B''$; donc le déversement est plus petit. D'où l'avantage de prendre plus de points d'appui.

Nous venons donc de constater successivement ces différents points, à savoir : que les appareils fixes ou à pivots parallèles *doivent* avoir peu de points de soutien, et qu'à moyens égaux, l'appareil à rotules se comporte bien supérieurement quant à la répartition des efforts, donc à leur résistance ; ensuite, que les appareils fixes ou à pivots parallèles ne permettent pas sans dangers plus considérables d'employer un nombre plus grand de points de soutien, tandis que les appareils à rotule non seulement le permettent, mais laissent démontrer que c'est un avantage immense.

Ainsi, non seulement l'appareil muni de pivots à rotule permet par ses propriétés d'amovibilité de satisfaire à l'hygiène du milieu où il est établi, mais encore il favorise l'entretien de l'état parfaitement normal de ce milieu, en laissant aux organes sur lesquels il repose l'intégralité de leur jeu physiologique : d'abord à l'état passif, où ce jeu est aisément suivi par celui des rotules, et où, sans léser l'élasticité de ces organes, il les maintient à leur place comme avant la disparition des organes voisins ; ensuite pendant les fonctions que ces organes sont appelés à remplir : les forces qu'ils subissent, en effet, se trouvent parfaitement réparties sur eux et agissent toujours dans le sens de leur axe sans « forcer » leur position anatomique. *La rotule dont l'organe artificiel est muni représente pour celui-ci ce que le ligament périostique est pour l'organe naturel quant à l'élasticité physiologique.*

Nous pouvons maintenant conclure nettement, indépendamment de l'application qui peut en être faite sur les restaurations plus étendues des maxillaires en général, que

notre procédé satisfait à toutes les lois (V. chap. I) qui nous étaient imposées pour appliquer le système de restauration dit « appareil à pont » en particulier, et cela, d'une façon aussi simple et aussi rationnelle qu'il était possible.

Sans doute la résolution du problème relatif à la dispense du parallélisme nous astreint à quelques connaissances théoriques nouvelles. Mais obtient-on jamais d'avantages sans cela ? Or, ces connaissances se traduisent par une simple observation de jugement, alors que les avantages qu'elles procurent se traduisent par une simplification constante et un progrès pratique très sensible.

En effet, le procédé, tout en étant l'application d'un principe mathématique, accorde, dans toutes les phases de l'édification des appareils, une certaine licence dans l'observance de la précision,tout en donnant un résultat absolu. Et, si l'on considère, d'autre part, que nous nous sommes étendu volontairement sur tous les points de détail que doit comporter une démonstration complète, on constatera que ce procédé réduit à son minimum de complexité l'exécution des travaux du système qui nous occupe, par rapport aux autres travaux à pont, et aussi eu égard aux bons résultats qui en résultent dans leur fonctionnement durable.

A tel point que nous ne craignons pas de préconiser le système à rotule, dans tous les cas, quels qu'ils soient, lorsqu'il y a des soutiens utilisés, et cela, même quand il ne s'agit que de l'usage d'un seul pivot, à cause du rôle bienfaisant que joue cette articulation au point de vue des fonctions physiologiques conservées à l'organe soutien, et par conséquent de l'absence de fatigue de celui-ci, comme nous venons de le démontrer (*fig.* 44, 45, 46).

Nous sommes persuadé que le procédé à rotule est appelé à créer un chapitre à la question des restaurations intéressant notre chirurgie spéciale.

Et, en ce qui concerne l'appareil à pont en particulier, si jusqu'ici, on n'avait eu recours à lui que grâce à ses côtés séduisants, au détriment de l'objet même de son application :

ses fonctions et sa stabilité, en simplifiant cette application et en la rendant conforme au but de ses fonctions, notre procédé donnera à ce système l'essor qu'il mérite, en faisant de lui l'appareil de choix au point de vue *pratique* autant qu'il l'était déjà au point de vue *esthétique*.



SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 2 juillet 1901.

Présidence de M. le Dr SAUVEZ, président.

La séance est ouverte à 9 heures 15.

I. — PROCÈS-VERBAL.

M. le Dr Sauvez. — Le procès-verbal de la dernière séance n'a pu être publié dans le journal *L'Odontologie* ; nous en remettrons donc l'adoption à la séance du mois d'octobre. Toutefois, *L'Odontologie* a publié le procès-verbal du mois d'avril, qui ne l'avait pas encore été ; je vous prierai de bien vouloir l'adopter.

M. Choquet. — Je demanderai précisément à apporter quelques rectifications à ce procès-verbal car, si j'ai bonne souvenance, les choses ne se sont point passées comme elles y sont rapportées. Peut-être ai-je été agressif ; néanmoins, il y a certains petits détails que je voudrais rectifier. Ainsi, par exemple, je vois à la page 561 que je réponds à M. Mendel-Joseph : « Si j'ai pris un peu M. Mendel-Joseph à partie, c'est parce qu'il m'avait semblé lire dans le procès-verbal... »

J'ai dit : « C'est parce que j'ai lu dans le procès-verbal que M. Mendel-Joseph m'avait interrompu en disant : « Je n'ai pas de théorie et je ne discute pas... »

Entre sembler dire et affirmer, il y a une différence sensible.

D'un autre côté M. Mendel-Joseph n'a pas du tout parlé, au cours de sa discussion, du chloroforme comme dissolvant des matières graisseuses. Il s'est borné simplement à considérer le chloroforme comme déshydratant et comme dissolvant des matières albuminoïdes ; il n'a pas parlé des matières graisseuses ; c'est moi qui en ai parlé. C'est une petite modification qui ne manque pas d'une certaine valeur ; vu l'ampleur de la discussion, il est de mon devoir, en tant qu'intéressé, de faire cette rectification afin qu'elle soit portée au prochain procès-verbal.

M. le Dr Sauvez. — Sous réserve de ces observations, je mets l'adoption du procès-verbal aux voix. (*Adopté.*)

II. — Correspondance.

Lecture est donnée d'une lettre du syndicat des chirurgiens dentistes.

M. le Dr Sauvez. — Je me propose de répondre qu'au point de vue pécuniaire notre Société n'a pas de budget propre ; elle demande les fonds dont elle peut avoir besoin à l'Ecole dentaire, mais nous transmettrons cette demande à qui de droit afin de savoir si l'Ecole peut s'associer à la contre-publicité du Syndicat des chirurgiens-dentistes. Quant à la publication de la brochure, il n'y a pas eu de réunion du bureau depuis que nous avons reçu cette lettre. Dès qu'il y en aura eu une, nous transmettrons sa réponse au Syndicat.

M. le Dr Godon. — Je demanderai que le bureau s'entende avec les deux délégués déjà désignés. (*Approuvé*).

M. le Dr Sauvez. — M. Touvet-Fanton est retenu ce soir comme membre d'un jury de concours ; il nous a demandé que sa communication passe en troisième lieu. La suite de l'ordre du jour appellerait donc la communication d'un cas de transplantation par M. le Dr Godon. Mais ce dernier demande que sa communication passe après celle de M. Chauvin sur la technique des obturations de porcelaine. En conséquence je lui donne la parole.

III. — De la technique des obturations de porcelaine, par M. Richard-Chauvin.

M. Richard-Chauvin donne lecture de sa communication (Sera publiée ultérieurement).

Discussion.

M. le Dr Sauvez. — Je suis très heureux de la communication de M. Chauvin qui est tout à fait dans l'esprit que j'espérais. Ce qu'avait fait M. Chauvin jusqu'ici, dans ses communications, était très bien, mais il y manquait quelque chose au point de vue pratique. Lorsque je lui en parlais, il me répondait : « Ce sont des petits riens » ; en effet ce sont des petits riens pour lui ; mais pour nous, praticiens, c'est absolument tout. Dans les obturations d'émail nous sommes en quelque sorte des élèves, et, quand nous faisons de l'enseignement ici, nous voyons toute l'importance du manuel opératoire ; on ne saurait trop répéter à des élèves et même à des praticiens tout ce qu'il faut faire, car ce sont les plus petits détails qui font manquer souvent les opérations, comme ils font manquer aux élèves des ciments et des amalgames. Nous ne saurions donc trop prier les praticiens de nous donner chacun leurs petits procédés, en dehors du point de vue scientifique, car c'est en connaissant ces petits procédés que nous ferons du travail pratique plus parfait. Pour le cas

présent, nous aurions beau connaître la théorie de la fusion de la porcelaine, si nous ne connaissons pas tous les tours de main, nous n'arriverons qu'à des résultats médiocres.

M. le Dr Siffre. — Il y a un an, j'ai fait une communication, d'ailleurs de peu d'importance, à la Société odontologique de France, relativement aux procédés de céramique employés pour l'obturation. J'en ai esquissé l'histoire, et j'ai remis au point une question qui m'avait touché parce que quelques confrères étrangers voulaient faire revenir l'honneur de l'invention de l'émail à des confrères étrangers. Or, je me suis aperçu que saint Éloi en faisait et les Gaulois aussi. J'ai trouvé dans un *Manuel* que tout le monde peut avoir à sa disposition et que beaucoup d'entre vous sans doute ont dans leur bibliothèque, le *Manuel de l'Orfèvre*, de Roret, un procédé absolument identique à ce que nous faisons pour les obturations céramiques : émaux en bas-reliefs, propres à la bijouterie par MM. Faisan, Modenn et Subit. Pour émailler un objet de bijouterie de telle dimension qu'il puisse être en bas-relief, on commence par graver le sujet en bas-relief sur un carré d'acier. On estampe sur cette gravure une plaque d'or fin lamé, qui offre alors une véritable gravure en creux dans laquelle on introduit, à l'aide d'une pointe d'acier, avec tout l'art possible, les différentes couleurs d'émaux, on passe au feu, etc.

Il revient aux opérateurs qui ont pratiqué ce procédé les premiers l'honneur d'avoir introduit dans la dentisterie des procédés qui existaient dans l'émaillerie. Toutes les formules des émaux sont indiquées dans l'ouvrage que je viens de signaler, comme elles le sont dans tous les ouvrages qui traitent de la céramique, du reste.

Dans la communication de M. Chauvin j'approuve absolument ce qu'il dit relativement à la nécessité de ne pas confondre ces deux choses : porcelaine et émail.

La porcelaine est une chose, l'émail en est une autre. L'émail est un composé d'étain, de plomb de silice et d'un colorant ; pour faciliter son emploi, on remplace — ce qui est indiqué dans les traités d'émaillerie — une certaine quantité d'étain par du borax, si bien que l'on a des émaux fusibles à très basse température qui sont attaqués par le liquide buccal. Je pense que, si l'on peut obtenir facilement des blocs de porcelaine pour obturer les dents, comme l'a fait M. Chauvin, il n'y a pas à hésiter, la porcelaine est préférable.

Quant aux petits procédés dont a parlé M. Sauvez, le manuel Roret en signale un : c'est de dissoudre le métal moule dans l'eau régale.

M. Richard-Chauvin. — Je l'ai fait, mais,...

M. le Dr Siffre. — Si vous l'avez fait selon la formule, le platine se dissout dans l'eau régale, à chaud.

M. le Dr Godon. — Pas facilement, tandis que l'or se dissout facilement.

M. Cecconi. — Je demanderai à M. Chauvin s'il a un ciment spécial pour coller le bloc dans la cavité.

M. Richard-Chauvin. — Je me sers du Harward; c'est celui que je trouve le meilleur.

M. Cecconi. — Le Poulson n'est-il pas pratique?

M. Richard-Chauvin. — Non, tandis qu'on peut employer le Harward assez liquide.

M. le Dr Godon. — Je demanderai à M. Chauvin de bien vouloir nous entretenir des ciments. Il semble qu'après tous les travaux qui ont été publiés sur les obturations de porcelaine, nous tenons cette méthode. Le procédé de M. Chauvin est supérieur aux autres; mais même avec celui de Jenkins et certains autres, on obtient des résultats sensiblement bons. Ce qui reste le défaut de l'obturation de porcelaine, c'est le ciment, c'est le moyen d'attache; si, dans certaines bouches et dans certains cas favorables l'obturation résiste, on en voit d'autres au contraire qui, au bout de très peu de temps se trouvent descellés. Pour moi, la question du ciment est la principale; je suis donc heureux que M. Siffre ait posé la question à M. Chauvin. Moi, j'emploie le Poulson et j'en suis relativement content.

Il y a un autre point dont je voulais entretenir M. Chauvin. On a essayé de différents côtés de broyer les dents minérales d'Ash et de White, on n'avait pas ainsi besoin de s'inquiéter de la combinaison des matières colorantes. Ce procédé souriait beaucoup au début. J'ai obtenu, dans le four électrique des résultats avec des dents anglaises, je n'en ai pas obtenu avec les dents de White parce que nos fours électriques ne sont pas suffisamment puissants. Je demanderai l'avis de M. Chauvin, car il est très séduisant de se dire : je vais prendre une dent répondant à ce qu'il me faut et je vais la broyer.

M. Gillard. — Deux petites observations : la première relative à la coloration que M. Chauvin a remarquée dans les obturations interstitielles. M. Chauvin attribue cette coloration au reflet de la lumière sur le bloc; il faut, je crois, l'attribuer au ciment. Vous enveloppez le bloc semi-transparent dans une couche de ciment qui n'est pas du tout transparent; de là vient l'opacité, surtout dans les caries interstitielles ; dans les caries de la face antérieure, cela n'a pas le même inconvénient, et pourtant cela fonce encore le bloc semi-transparent ; c'est toujours le ciment qui opacifie le bloc.

J'ai fait un certain nombre de blocs d'émail. M. Chauvin nous dit qu'il réserve ce procédé pour les dents antérieures ; je pense, quant à moi, que, même pour les faces triturantes des grosses molaires, le bloc d'émail a plus d'avantages, parce qu'il s'effrite moins rapidement que le ciment ; un bloc bien scellé s'effrite très peu.

Il y a un autre inconvénient : c'est l'articulation. J'ai pris l'articulation avec la substance que nous avons tous sous la main, le godiva ; la

cavité est faite, on la remplit avec du godiva, et on ne coule pas dans une feuille en or, mais bien dans un moule en plâtre, la face articulée, inférieure, étant mise dans le bas du plâtre. Dans ce cas, si l'on ne fait pas de bloc allant jusqu'au fond de la cavité, on peut mettre des crampons de platine; mais alors il y a un inconvénient, c'est le polissage de la face triturante; il faut repolir. Voilà la petite observation que je voulais faire au sujet du moulage des grandes cavités au godiva.

M. Lemerle. — Au sujet du broyage des dents dont M. Godon a parlé, je dirai que j'en ai broyé, moi aussi ; j'ai pris des dents anglaises et américaines, j'ai broyé le tout et j'ai obtenu des résultats ; je ne dirai pas que ce serait bon pour des dents antérieures, mais sur les parties latérales des petites molaires et même des canines j'obtiens une teinte générale. L'intéressant est de savoir qu'on peut cuire et glacer des dents broyées avec la lampe oxydrique.

M. le Dr Siffre. — M. Gillard me fait penser à un petit procédé que j'emploie : la plupart du temps, je prends l'empreinte de la cavité, non avec une feuille de platine, mais avec de la cire à cacheter ; je laisse refroidir et sur cette cire je mets du ciment Harward ; le lendemain, j'ai une dépouille dont je peux obtenir plusieurs exemplaires. Il y a quelque temps, une personne est venue me trouver et je lui ai fait deux émaux; elle a cru qu'elle pouvait avec cela mordre très fort. Les émaux ont sauté ; j'ai été amené à les refaire et pour cela j'ai repris mes petits moules; si la cavité ne change pas, on peut avoir pour ainsi dire une forme sur sa planche.

Quant à la coloration, on pourrait facilement arriver à résoudre la difficulté ; il suffirait de savoir les rayons qui sont absorbés et ceux qui sont émis par les substances que nous employons ; c'est une théorie physique à chercher. Si vous avez une cavité noire derrière laquelle vous mettez une feuille d'or, elle devient de la couleur normale; si vous mettez un bloc d'émail d'une certaine épaisseur, il absorbe une certaine quantité de rayons ; une aurification sur la face interstitielle est noire, tandis que sur la face antérieure elle est jaune. C'est une question de physique : le bloc étant semi-transparent, si vous lui mettez du ciment, quels sont les rayons qui seront renvoyés?

M. le Dr Godon. — Je voudrais ajouter un mot à mon observation de tout à l'heure ; j'ai vu avec plaisir notre ami M. Chauvin dans sa communication nous parler des contre-indications. Je voudrais qu'avec sa grande expérience il insistât un peu sur ce point. Lorsqu'il se produit des méthodes nouvelles, il y a toujours un peu d'entraînement. M. Sauvez nous a entretenu d'un émail qu'il voulait faire admirer et, au moment de le montrer, il constatait qu'il n'y avait plus que le ciment, l'émail était parti. C'est un incident ; il y en a d'autres qui sont arrivés, tels que les changements de coloration des ciments, qui deviennent noirs ou vert bouteille.

Comme contre-indication, M. Chauvin nous parle des faces triturantes. Nous avons déjà des procédés d'obturation qui sont parfaits dans certains cas tels que l'aurification à l'or adhésif ou à l'or non cohésif. Au sujet des obturations, nous pouvons encourir une responsabilité assez grave à l'égard de nos clients en leur faisant une obturation comme l'obturation de porcelaine ou toute autre, alors qu'il aurait été plus avantageux de faire une aurification soit à l'or adhésif, soit à l'or non cohésif. Les aurifications prennent du temps, elles sont fatigantes, mais lorsqu'elles sont faites avec soin on a rendu au patient un service qui correspond aux honoraires qu'on lui demande et on lui dit la vérité en lui déclarant que sa dent est à l'abri de la carie au moins pendant un certain temps.

Nous avons encore d'autres procédés d'obturation. M. Chauvin m'a semblé exclure des obturations de porcelaine les cavités insuffisamment profondes qui demanderaient un émail trop mince, ainsi que les cavités de forme arrondie. Je ne veux pas passer en revue toutes les contre-indications, M. Chauvin le fera mieux que moi, mais je veux attirer son attention sur la nécessité qu'il y a dès maintenant à nous prévenir des incidents et des accidents qui peuvent se produire, afin que nos jeunes confrères surtout ne renoncent à la bonne obturation, c'est-à-dire à l'aurification, que s'ils ont la certitude de faire un émail qui tiendra aussi longtemps et qui réussira aussi bien que l'aurification. Entre les deux procédés, l'émail bien réussi et l'aurification, il est entendu que l'émail sera supérieur à certains points de vue, mais il aura toujours contre lui son défaut de scellement, et il faudrait qu'à ce défaut de scellement ne vinssent pas s'ajouter d'autres défauts, soit parce qu'il est placé sur une face triturante, soit parce qu'il sera rapidement brisé par défaut de rétention.

M. Richard-Chauvin. — Je n'ai rien à répondre à M. Siffre qui nous a fait une conférence très intéressante sur l'historique de la question et qui ne m'a rien demandé sur la technique des obturations de porcelaine proprement dites.

Pour M. Godon qui me demandait s'il est possible de broyer des dents, je répondrai que la chose est très possible, seulement je crois qu'on n'obtiendra pas de bons résultats dans le four en broyant des dents américaines qui sont une porcelaine, une pegmatite, ce qu'on appelle en céramique le début de la porcelaine dure ; c'est la couverture qu'on met sur la pâte de fond ; néanmoins, c'est classé dans les porcelaines dures. On fond les dents de Ash parce que c'est du verre ; ce ne sont pas du tout les mêmes substances et vous arrivez à la fusion du verre, si modifié soit-il, avec les procédés ordinaires. Je crois qu'on parviendra à de bons résultats en choisissant au moment même sa teinte et en pilant les dents. J'ai essayé ce

procédé; il donne de bons résultats, mais je crois qu'on aura des différences au point de vue des nuances; il s'agit de très peu de chose, c'est plutôt une sensation qu'une observation précise, mais il m'a semblé que la pâte préparée avec de la pegmatite et colorée est supérieure, pour éviter les changements de nuances, à la pâte déjà cuite, une fois qu'elle a subi une cuisson. Quant aux altérations subséquentes, je crois que c'est la même chose; on aura la même sécurité; vous pouvez broyer de la dent américaine et la cuire; vous aurez la même sécurité et la même absence d'ennuis au point de vue de la décoloration et du changement.

Pour les ciments, c'est autre chose; je ne suis pas du tout ferré en géométrie; mais je crois que dans certains cas, si la cavité est bien préparée, en la moulant avec une feuille de platine, avec des bords aigus et légèrement évasés en dehors, si l'on fait un simple report avec sa feuille, l'épaisseur de la feuille de platine ne compte pas. Où elle compte, c'est si l'on a une adaptation latérale, si l'empreinte de votre bord très tranchant est prise dessus et même légèrement en dehors. Est-ce une illusion? Mais dans beaucoup de morceaux que j'ai placés ainsi, j'ai regardé à la loupe et je n'ai pas saisi de ligne, naturellement quand j'étais très heureux, avec une empreinte bien précise; ce sont des conditions qu'on ne réalise pas toujours.

C'est là la petite tare de la méthode, tare commune aussi bien aux émaux qu'aux porcelaines et qu'à toutes les méthodes possibles; c'est pour cela que, depuis un an environ, depuis le Congrès de 1900, je suis à la recherche d'une autre méthode d'empreinte et je suis sur le point d'aboutir; j'ai correspondu à cet égard avec mon fils; si nous aboutissons à mettre debout cette méthode, nous pourrons placer des tiges de platine dans des blocs de porcelaine qui seraient assez épais pour ne pas transparaître.

Pour ce que nous disait M. Gillard, je sais que quelques auteurs nous ont entretenus de la façon dont ils opéraient pour fondre des blocs directement dans le plâtre; je pense que si l'on voulait fondre de la porcelaine dans du plâtre, on aurait des résultats négatifs; cela ne peut être employé que pour l'émail.

M. Gillard. — Même pour de la porcelaine, le plâtre devient dur comme de la pierre.

M. Chauvin. — Je voudrais le voir, ce serait intéressant, mais pour les émaux cela peut aller très bien.

Je ne vois pas d'autre réponse à faire à ce qui a été dit. Pour le broyage des dents, il faut broyer uniquement des dents de White; avec les dents de Ash, vous aurez une transparence beaucoup plus grande et une décoloration plus complète.

C'est une erreur de penser comme le disait M. Gillard que la transparence du bloc est une qualité : si l'on pouvait obtenir, avec la

coloration que l'on recherche des morceaux un peu opaques, on aurait plus exactement ce qu'il faut. Mais cela est beaucoup plus difficile.

M. le Dr Sauvez. — Je remercie beaucoup, au nom de la Société, M. Chauvin de la communication qu'il nous a faite et la discussion à laquelle elle a donné lieu, qui profitera à chacun de nous dans notre pratique personnelle; c'est là la raison d'être de la Société d'Odontologie : chacun apporte à tous ses confrères son obole de travail et son obole d'observations.

Je prends note que M. Chauvin nous a promis une nouvelle méthode d'empreinte pour le Congrès d'Ajaccio. Le Congrès d'Ajaccio sera la succursale, pendant les vacances, de la Société d'Odontologie. Beaucoup de membres se plaignaient de n'avoir pas de séance jusqu'en octobre ; eh bien ! ils pourront venir aussi nombreux qu'ils le voudront à Ajaccio et leur présence nous fera le plus grand plaisir. (*Applaudissements.*)

La parole est à M. Godon pour un cas de transplantation.

IV. — UN CAS DE TRANSPLANTATION, PAR M. LE Dr GODON.

M. le Dr Godon. — Notre président m'a joué un petit tour en me plaçant en tête de l'ordre du jour pour un cas de transplantation. Je lui ai dit, il y a quelque temps, que je ne voulais pas laisser finir la session de la Société d'Odontologie, cette année, sans apporter à ses travaux ma petite contribution, mais que, n'ayant pas de communication importante à faire, je prendrais la parole à la fin de la séance dans ce qu'il appelait la tribune ouverte. Je m'étais félicité de la proposition de M. d'Argent de faire à la fin de nos séances, sous cette rubrique « tribune ouverte, » un échange de conversations, de petits rapports sur des points de pratique. Dans presque toutes les sociétés étrangères, anglaises ou américaines, cela existe sous la rubrique : incidents de pratique. Mais je suis d'autant plus confus de prendre la parole en ce moment après la belle communication de M. Chauvin sur les obturations de porcelaine ; c'est un peu comme si l'on parlait de lampe à huile après une communication sur l'électricité. Mais puisque M. Siffre évoquait le souvenir de saint Eloi, vous me pardonnerez si j'évoque dans votre esprit celui d'Ambroise Paré ou de Fauchard. (*Rires.*)

La transplantation est devenue aujourd'hui dans nos cabinets une opération plutôt rare ; elle est maintenant très peu indiquée, cependant, il est encore quelque cas où elle peut nous rendre des services. Ainsi il y a deux ans, une jeune fille est venue me voir ; je lui avais posé deux ou trois ans auparavant une couronne Logan sur une petite incisive latérale supérieure droite, et, ce qui arrive quelquefois aux petites incisives, la racine s'est fendue ; la cliente avait mis un peu

de négligence à faire soigner sa dent ; sa racine était excavée, elle a peu résisté. Lorsqu'elle est revenue me voir, je lui proposai d'enlever la racine fracturée et de faire un petit appareil d'une dent en or sur plaque comme on les fait ordinairement. Je pris l'empreinte, mais lorsque la malade revint, elle me dit : « Toute réflexion faite, je ne veux pas entendre parler de plaque ; n'y a-t-il pas un autre moyen ? » Je lui parlai de la transplantation, mais la difficulté était d'avoir une petite incisive. En effet, si la transplantation n'est pas employée souvent, c'est que nous n'avons pas sous la main les dents de remplacement. Ma cliente me dit : « Eh bien ! j'attendrai. » J'avais refixé sa dent dans la racine avec de la gutta et elle tenait à peu près. Je fis demander à l'Ecole s'il n'y aurait pas une petite incisive, mais on n'en trouvait pas. Il n'y a pas souvent l'indication d'enlever une petite incisive ; cela peut cependant arriver quelquefois lorsqu'une petite incisive est entièrement en dehors ou en dedans de l'arcade et qu'on n'a pas de chance de la ramener.

Mais ce qui arrive plus fréquemment, et c'est pour cela que j'ai cru utile de faire cette communication, c'est l'extraction d'une petite molaire inférieure. On extrait quelquefois la petite molaire dans les cas d'irrégularité, lorsqu'on n'a pas de chance d'élargir suffisamment l'arcade pour faciliter le redressement.

Quelque temps après une jeune patiente vint me voir avec une mâchoire inférieure tout à fait irrégulière. L'extraction de la première petite molaire était tout à fait indiquée. J'ai enlevé celle du côté droit et j'ai replacé à ma première malade cette petite molaire ; j'ai limé en biais le tubercule interne, puis, après avoir donné un léger coup sur le bord triturant (cela avait bien l'aspect d'une incisive supérieure), j'ai naturellement enlevé le nerf, fait une aurification dans le centre, etc. Je voulais vous présenter le cas à cette époque ; mais on m'objecta que la dentine à nu allait se ramollir et se carier ; et j'attendis que la malade fût revenue me voir pour me montrer sa bouche et *cette petite molaire ou cette incisive* tenait fort bien ; la face palatine linguale était parfaite, seulement il y avait une carie, mais elle était sur la face labiale. Cela prouve encore mieux le succès de l'opération : la carie qui s'est produite là aurait dû se produire à la face interne. Je n'ai pu vous amener la malade, mais j'ai pris l'empreinte de la bouche ; malheureusement il y a un peu de tirage sur le moulage, cela vous donnera une idée inexacte des bords qui sont parfaits.

Ce qu'il y a d'intéressant à retenir, et ce sera ma conclusion, c'est que, bien que nous n'ayons pas souvent l'occasion de faire des transplantations, parce que nous n'avons pas de dents à notre disposition, il y a des cas où cette opération est indiquée, notamment dans le cas de racine d'incisive supérieure fracturée qu'on peut rempla-

cer par une molaire inférieure, les deux racines étant semblables et la couronne devenant à peu près semblable par la suppression du tubercule interne de la petite molaire qui est sans inconvénient au point de vue de la carie. (*Vive approbation.*)

DISCUSSION.

M. le Dr Sauvez. — L'intérêt seul de cette communication prouve combien M. Godon avait tort de me reprocher de l'avoir mise en tête de l'ordre du jour; le cas de transplantation de cette incisivo-molaire est très intéressant.

M. Godon nous a dit que la transplantation est une opération ancienne; dès qu'on prononce ces mots de transplantation et de réimplantation, il semble qu'on entre dans l'école stomatologique; mais la transplantation ne doit pas être rejetée aussi loin, c'est une opération qui mérite de rester dans la thérapeutique moderne et qui présente des avantages énormes.

Quant à la raison qui fait que cette couche de dentine à découvert ne s'est pas cariée, cela résulte du polissage perpétuel de la langue qui empêche que la carie ne se produise ; il y a rarement des caries de la face palatine des dents ; quand la carie survient, cela tient à un défaut dans la forme de la dent, parce que quand toute la surface est polie, il est rare que la carie survienne.

M. Choquet. — La communication de M. Godon est intéressante surtout en raison de ce que sur une dent qui en résumé était morte, il s'est produit une carie, non pas à l'endroit où l'on aurait pu la craindre, mais à un point un peu différent. Comme c'était une petite molaire inférieure, je demanderai à M. Godon si la petite molaire correspondante qui était restée à sa place a été atteinte de carie.

M. le Dr Godon. — Les deux petites molaires ont été enlevées, mais je ne me suis servi que d'une seule jusqu'à présent.

M. le Dr Sauvez. — M. Godon a fait sa greffe deux jours après ; c'est un point des plus importants, car toujours, en fait de greffe on doit spécifier s'il s'agit d'une greffe fraîche ou d'une greffe sèche. Je pense que l'on a les plus grandes chances pour réussir des greffes fraîches, mais qu'on a de grandes chances pour ne pas réussir des greffes sèches; la plupart des greffes sèches que j'ai faites me sont revenues ou sont tombées, tandis que pour les greffes fraîches, quelques-unes sont restées. Ce point avait donc son importance et devait être signalé.

M. Choquet. — C'est la théorie émise par un auteur qui disait en 1887 que l'adaptation parfaite de la racine transplantée dans l'alvéole était nécessaire pour arriver, non point à un résultat définitif, mais à un résultat plus ou moins long, suivant l'état général du malade et d'autres circonstances, mais surtout suivant l'état du malade. Il est

donc certain qu'on obtient des résultats temporaires; quant à des résultats définitifs, c'est autre chose.

M. le Dr Godon. — Notre président nous disait tout à l'heure que la dent n'est pas cariée sur sa face linguale, par suite du polissage de la langue passant sur cette surface, tandis qu'elle s'est cariée au collet sur la face labiale par suite d'un nettoyage insuffisant. Je me souviens que la dent s'adaptait très bien, sauf que le collet était un peu plus bas que la gencive; il n'était pas serti par la gencive et la carie s'est produite à cet endroit.

Je pensais que, puisque j'avais limé une partie, ce serait celle-là qui se carierait la première; mon attention aurait dû être appelée sur la nécessité d'avoir un collet au niveau du bord gingival, de façon qu'il ne fût pas à nu.

M. Choquet. — Alors ce n'est pas une carie proprement dite de l'émail que vous avez eue, mais une carie du cément; votre racine n'était plus protégée comme elle doit l'être et vous avez eu un point faible. C'est la même chose que dans le cas de dents présentant des défauts de structure au point de vue du rapport anatomique de l'émail; vous avez eu au niveau du collet une solution de continuité qui a laissé à nu la dentine elle-même, et, pour peu que le malade se soit tenu la bouche plus ou moins propre, et qu'il ait eu la salive plus ou moins acide, le point faible offert à l'action microbienne a été attaqué.

M. Mendel-Joseph. — Je ne me suis pas proposé de prendre la parole au sujet de la communication de M. Godon. Je voudrais simplement demander à M. Sauvez ce qu'il entend par durée courte et durée longue.

Pour ma part, j'ai eu l'occasion à plusieurs reprises de faire des transplantations; j'ai fait la première à l'École : j'ai enlevé une dent chez une jeune fille de dix-huit ans et l'ai placée à sa mère. Il y a déjà de cela dix ans, je crois. J'ai revu cette personne il y a deux ans; la dent, une petite molaire, a conservé toute sa solidité, sauf qu'elle était très cariée; cette personne habitait T..... où il y avait très peu de dentistes qui lui convenaient, et elle vint me demander d'obturer cette dent. Il s'agit là d'une transplantation d'une dent en quelque sorte vivante.

M. le Dr Sauvez. — Fraîche?

M. Mendel-Joseph. — Oui.

Le second cas concerne une vieille dent que j'ai implantée dans un alvéole artificiel; l'opération a été faite chez le Dr Kuhn et consignée à l'École, ainsi que le cas du malade; j'ai revu cette malade cinq ou six ans après, lorsque la dent venait de tomber. Voilà une opération de transplantation, faite avec une dent sèche, dans des conditions très désavantageuses au point de vue physiologique, étant donné que la malade a eu une attaque d'épilepsie au moment de la fixation de la

dent. Si cette période de cinq ou six ans est une durée insuffisante, je voudrais demander ce qu'on entend en général par durée suffisante, car enfin c'est déjà quelque chose qu'une opération qui présente des avantages sérieux pendant cinq ou six ans.

M. le Dr Sauvez. — Voici quelle est ma pensée : il me semble qu'on ne devrait jamais parler de greffe sans préciser immédiatement s'il s'agit d'une greffe fraîche ou d'une greffe sèche. La greffe fraîche se fait avec une dent que nous enlevons à un malade et que nous remettons dans un autre alvéole une demi-heure après, sans qu'elle ait trempé dans des antiseptiques trop violents qui détruiraient la reviviscence du périoste. La greffe sèche est une opération tout à fait différente : c'est la rétention d'un corps étranger dans un organisme ; de sorte que, je le répète, il me semble qu'on ne devrait jamais employer le mot greffe sans y ajouter sèche ou fraîche.

Tout à l'heure je disais que j'ai vu beaucoup de greffes fraîches qui étaient encore parfaites au bout de cinq ans par exemple — et je ne dis pas cinq ans parce que cela faisait cinq fois trois cent soixante-cinq jours, je veux dire environ cinq ou six ans ; eh bien ! il n'y avait pas de coloration, il n'y avait pas d'ébranlement et, en passant une sonde sous la gencive, on ne trouvait pas la racine creusée. Si après un examen sérieux, même radiographique, on ne constate pas la résorption de la racine, c'est que la greffe a réussi. Je dis donc que dans les cas de greffe fraîche on peut très bien réussir, j'en ai vu beaucoup ; quant à la greffe sèche, c'est tout à fait différent; cela ne tient pas de la même façon et n'est comparable à aucun point de vue : dans un cas il y a reviviscence des cellules, dans l'autre il y a rétention d'un corps étranger. D'après ce que j'ai observé, il me semble que les cas de greffe sèche sont appelés à disparaître, dans l'immense majorité des cas.

M. le Dr Godon. — Dans un cas comme dans l'autre cela disparaît au bout de huit ou dix ans.

M. le Dr Sauvez. — J'ai vu des greffes fraîches persister plus longtemps.

M. le Dr Godon. — C'est simplement enkysté.

M. le Dr Sauvez. — Oui, comme un morceau de caoutchouc dans le ventre.

M. Cecconi. — Je demanderai à M. Godon si le volume de sa petite molaire était en rapport avec la cavité.

M. le Dr Godon. — C'était tout à fait en rapport, c'est pour cela que je signale la forme de la racine de la petite molaire qui permet de faire cette transplantation pour remplacer des incisives latérales ; je n'ai même pas eu à y retoucher, puisque j'ai laissé le collet pour que la dent pénètre un peu plus profondément, mais elle allait si bien que je ne l'ai pas retouchée davantage.

Un membre. — Aviez-vous mis une cale ?...

M. le Dr Godon. — Oui, j'ai mis une cale qui a subsisté pendant un mois ou deux ; dans tous les cas elle a permis à la dent de se consolider sans aucun accident, ce qui est intéressant au point de vue de l'antisepsie, car la racine à cette époque n'avait subi aucune préparation antiseptique et a été expulsée sans autre inconvénient.

M. Choquet. — Au sujet du résultat négatif obtenu avec la greffe, qu'on ait affaire à une greffe sèche ou à une greffe humide, les résultats sont absolument différents. Alors que j'étais à Toulouse, chez Ravel, j'ai eu l'occasion de voir une des premières expériences faites par la greffe d'après le procédé de Younger : le cas portait sur une canine et sur les deux prémolaires du côté gauche. Au bout d'un temps plus ou moins long les gencives se sont retirées d'une façon considérable, entraînant avec elles les parois de l'alvéole et, à la longue, les dents ont fini par chanceler comme si elles étaient atteintes de pyorrhée.

Notre président m'avait remis un cas de greffe sèche qui se présentait sous le même aspect au bout d'un certain temps, tandis qu'au contraire, avec la greffe humide, la greffe vivante, lorsqu'on fait subir à la dent sa préparation, aussitôt l'extraction faite et qu'on la replace, la consolidation s'opère d'une manière très satisfaisante. Cela n'empêche pas ultérieurement la carie de se produire et, un beau jour il arrive ceci: si l'on a affaire à un malade sain, la dent se casse exactement comme du verre, laissant la racine incluse dans son alvéole si fortement qu'il est impossible de l'ébranler. Donc, au point de vue du résultat, il y a une grande différence entre la greffe sèche et la greffe humide : avec la greffe sèche, il y a ébranlement et chute de la dent, par suite un travail de résorption, tandis qu'avec la greffe humide on se trouve en présence d'une véritable consolidation qu'on ne peut mieux comparer qu'au cas d'ankylose alvéolo-dentaire que vous présentait M. Mendel-Joseph il y a deux ou trois ans. On a de la difficulté à enlever ces racines.

M. Mendel-Joseph. — Pour aboutir à quelque chose de pratique dans cette discussion je voudrais souligner la division que vient de faire M. Sauvez et qui est très intéressante. Il y a quelques mois, j'ai fait personnellement une greffe avec une dent sèche, c'était une petite incisive supérieure gauche qui était atteinte profondément ; j'ai essayé de la soigner quelque temps et je n'ai pas réussi à faire disparaître tous les accidents. Je me décidai à enlever la racine et à faire une greffe ; je pris une dent sèche que j'avais enlevée il y a huit ou neuf mois à un malade ; la dent n'avait par conséquent certainement pas d'élément de vitalité pour lui assurer une existence ultérieure. Je décalcifiai légèrement la dent à la surface du cément, je l'appliquai avec un appareil de rétention extrêmement simple, dont je

présenterai à l'une des prochaines séances le modèle et tous les détails. Nous allons pouvoir ainsi observer sur ce malade la durée de la rétention. La fixation de la dent s'est opérée rapidement. Au bout de trois semaines la dent était solide ; j'ai enlevé le petit appareil. Le malade est parti pour les eaux ; aussitôt qu'il reviendra, je vous le présenterai ; nous verrons si effectivement il est utile de recourir à ce genre d'opération ou si,au contraire,nous devons accepter l'opinion de M. Sauvez qu'il ne faut tenter que rarement la greffe avec une dent sèche.

M. le Dr Sauvez. — Je ne voudrais pas que ma pensée fût mal interprétée : cela réussira au début, mais dans le cas de greffe sèche je pense que c'est l'exception quand elle subsiste plus de cinq ans, tandis que dans le cas de greffe fraîche l'exception est qu'on ne réussit pas si l'opération est faite dans les conditions voulues. Et il est utile que les observations soient complètes pour être certain que la dent était bien encore fraîche. Par exemple j'ai vu un élève qui venait d'arracher une dent et qui disait : « Je vais faire une greffe fraîche magnifique... » Or, pour cela il était en train de faire bouillir la dent dans du sublimé ! Je lui ai expliqué que sa dent était morte et il en était navré.

M. le Dr Godon. — Il faut dire à partir de quel moment une dent est sèche.

M. le Dr Sauvez. — Je considère qu'une dent n'est plus fraîche quand elle n'a pas été mise en dehors de la bouche dans un milieu où elle puisse rester vivante pendant deux ou trois heures ; à ce moment la plupart des cellules sont mortes. Vous savez qu'il y a un moyen simple d'enlever une dent et de la conserver fraîche, c'est de la mettre dans une crête de coq où on la fixe et la dent reste vivante; on pourrait arriver à faire persister la reviviscence des cellules du périoste en imbibant la dentine de cérum.

Pour le cas que nous indiquait M. Godon j'aurais préféré, au point de vue de la rétention de la dent, faire le même jour l'extraction et la réimplantation. J'ai cité un cas, il y a à peu près sept ou huit ans, à la Société d'Odontologie ; c'était une transplantation sur une jeune fille, que je n'ai pas vue depuis deux ans et qui avait une canine d'un côté en dehors de l'arcade dentaire et de l'autre côté une canine rongée par la carie. C'était tout indiqué : une dent atteinte de carie du quatrième degré avec une racine creuse, du côté gauche ; de l'autre côté, une dent saine et sortante : je l'ai enlevée; j'ai remis celle de gauche à droite et cela a tenu jusqu'ici. Il est possible que cela tienne encore ; c'était une greffe sèche. Mais ce que je voudrais, comme conséquence de cette discussion, c'est qu'on ne parlât jamais de greffes sans faire la division en greffe fraîche et en greffe sèche.

V. — Présentation de malades porteurs d'appareils a pont mobile, par M. Touvet-Fanton.

Discussion.

M. Richard-Chauvin. — Nous avons tous suivi avec beaucoup d'intérêt la communication précédemment faite par M. Touvet-Fanton, et je suis particulièrement heureux de lui avoir vu présenter des malades. Depuis qu'il nous avait entretenus de ses pivots, j'avais été un peu séduit par ce procédé qui me paraissait très bon ; j'ai eu l'occasion de l'appliquer deux fois chez moi, une fois pour un appareil comportant autant de dents que le dernier cas de M. Touvet-Fanton. J'avais d'abord fait le premier appareil avec le parallélisme des pivots, mais je n'avais pas réalisé ce que je voulais comme je l'avais réalisé dans nombre d'autres cas présentés à la Société et datant de treize ou quatorze ans. Je n'avais pas été aussi heureux ; l'arc était plus étendu, je n'avais pas mis de plaque et l'une des racines de canine qui supportait l'appareil commençait à s'ébranler. Alors j'ai complètement supprimé cet appareil à pivots parallèles et j'ai pratiqué le système de M. Fanton : j'ai mis des pivots à rotule.

Pour répondre à l'objection de M. Lemerle, qui pense que des appareils comme ceux-là doivent fatiguer les racines, je dirai que je suis convaincu que ces pivots ne fatiguent pas les racines, puisque, dans le cas que j'indique, un mois après la pose de l'appareil à pivots à rotule, la racine était redevenue parfaitement solide ; par conséquent les dents étaient dans leur axe et ne subissaient pas de pression. Je surveille ces appareils et je les revois de temps à autre parce que je ne suis pas sans être un peu inquiet. Lorsque j'ai posé ces appareils, le frottement était dur sur la sphère pleine et cela est agréable parce que le malade remet l'appareil en place sans tâtonner. Maintenant je constate que le pivot se promène un peu de tous les côtés et je me demande si l'usure ne va pas se produire. C'est une question que je ne peux résoudre à l'heure actuelle pas plus que M. Touvet-Fanton, puisqu'il n'a pas une plus longue expérience. Mais je dirai qu'au point de vue théorique et même au point de vue pratique, pour la solidité des points d'attache cela donne d'excellents résultats.

M. Martinier. — Lorsque M. Touvet-Fanton nous a fait sa communication au mois de janvier, j'ai été étonné qu'il se soit autant hâté de nous la faire et qu'il ait choisi pour la présentation d'un malade un appareil avec plaque qui présentait des difficultés pour le retirer et le remettre. Ce n'était pas un cas favorable et je dis à M. Touvet-Fanton qu'il aurait pu choisir un malade plus heureusement.

A la suite de cette première présentation, M. Touvet-Fanton

nous a soumis un travail complet, une étude parfaite et il a mis la question absolument au point. Nous avons lu sa communication qui compte un grand nombre de figures explicatives ; mais, malgré tout, ce qui était préférable, c'était une présentation de malades qui constituât de véritables indications.

Cette présentation, il nous l'a faite aujourd'hui. Comme M. Chauvin, je fais mes réserves quant aux résultats éloignés ; il est possible que cela dure ; mais ce que je veux retenir de la communication de ce soir, c'est que le système est extrêmement ingénieux et qu'il trouvera des applications nombreuses au point de vue des appareils amovibles. Le travail a été présenté d'une façon complète ; maintenant les résultats sont heureux et favorables. Nous devons encourager M. Touvet-Fanton dans cette voie et je me réjouis, pour ma part, de le féliciter de son travail, complété par la présentation de ses malades, qui confirme bien le succès que nous avait fait espérer sa communication. Il y a là une indication que nous devons suivre, parce qu'elle nous permettra de supprimer les travaux inamovibles que nous critiquons tous à cause de leurs inconvénients ; le jour où nous ferons des travaux amovibles pratiques, nous obtiendrons de meilleurs résultats.

M. d'Argent. — J'ai utilisé le procédé de M. Touvet notamment dans deux cas : j'avais des frottements très durs au commencement et j'ai simplement fixé mes appareils dans les racines avec de la gutta desséchée dans de la benzine. Mes appareils sont donc à demeure ; mais les pivots de M. Touvet-Fanton m'ont servi à favoriser l'introduction d'un appareil à pont qui aurait été difficile à cause des racines divergentes. J'ai obtenu avec ces appareils une pleine satisfaction.

M Touvet-Fanton. — M. Chauvin nous dit que pour l'avenir nous ne pouvons avoir d'appréciation certaine, mais je lui demanderai quand il a fait ses appareils à pivot.

M. Richard-Chauvin. — Il y a deux mois et demi environ.

M. Touvet-Fanton. — Justement, c'étaient des pivots imparfaits : je vous l'ai dit moi-même en les présentant ; ce n'était pas encore ce que je désirais obtenir.

M. Richard-Chauvin. — J'ai fait faire ces pivots spécialement par un ancien bijoutier de nos confrères, Borcier, qui s'est mis obligeamment à ma disposition et qui m'a dit : « Je les ferai bien encapuchonnés avec une sphère creuse extrêmement résistante » ; il les a faits dans les meilleures conditions.

M. Touvet-Fanton. — Y a-t-il une soudure à ces pivots et la sphère est-elle pleine ou creuse ?

M. Richard-Chauvin. — Je crois que la sphère creuse est emboutie.

M. Touvet-Fanton. — Il faut pour cette fabrication une machine spéciale que j'ai fait construire ; mes pivots sont faits à l'emporte-pièce et les sphères creuses sont réellement à frottement dur. Je

vous dirai même mieux : en admettant que ce frottement dur devienne plus souple dans l'avenir, il ne pourrait en résulter qu'une chose, c'est que l'appareil rentrât plus facilement ; il y aurait un inconvénient pour le mettre. Je crois que les pivots que j'ai maintenant, peuvent durer très longtemps, parce que la cupule emboîte la sphère et, l'emboîtement étant parfait, la sphère reste en place. Quant à l'inconvénient du frottement trop doux, j'ai déjà constaté que le pivot qui a un peu de jeu est supérieur pour la mise en place à celui qui n'en a pas ; pour placer l'appareil avec une rotule dure, il faut être mathématiquement précis, tandis qu'on a plus de facilité avec une rotule qui a un peu de jeu. De toute façon, comme la cupule dépasse de beaucoup le diamètre de la sphère pleine, il peut se produire du jeu pendant de longues années sans que le pivot s'abîme et sans qu'il perde ses propriétés. Parmi les appareils que vous avez vus, il y a en a un qui est en place depuis six mois et qui fonctionne très bien. J'ai commencé ces pivots en 1899, et ils étaient très gros ; il fallait des cas spéciaux pour les placer, mais ceux d'aujourd'hui conviennent certainement.

M. le Dr Sauvez. — Je crois être votre interprète à tous sans restriction en félicitant vivement M. Touvet-Fanton des présentations qu'il nous a faites et qui nous touchent beaucoup plus que certaines communications très techniques, riches en géométrie et qui demandent un long travail d'attention pour être suivies.

On a fait beaucoup d'objections à M. Touvet-Fanton au point de vue de la théorie ; eh bien ! M. Touvet-Fanton vous a prouvé que toute la théorie n'est rien à côté de la pratique. D'ailleurs, en bonne franchise, je n'aurais jamais cru, en ayant la description de ces appareils, qu'ils avaient cette fixité, et j'ai été peut-être un des premiers à dire : cela ne sera jamais solide. J'ai changé d'avis en voyant les appareils. Cette méthode permet de placer des pivots à pont sur des racines inutilisables d'une autre façon. Un des malades qui nous a été montré avait des racines palatines dans une direction anti-parallèle ; on a pu mettre des pivots à rotule, on n'aurait pas pu mettre de pont fixe. Le système de M. Touvet-Fanton permet donc d'utiliser ces racines.

Au point de vue des résultats éloignés, c'est la grosse critique que l'on peut faire ; mais nous savons par expérience quels sont les résultats éloignés que donnent les points fixes ; ils ne sont pas toujours merveilleux. Il y a donc avec les pivots à rotule un avantage énorme : c'est que nous pouvons démonter l'appareil et ne pas sacrifier les racines. Et le système de M. Touvet-Fanton nous prouve combien nous devons être conservateurs de tout moignon de racine, puisqu'il nous a été montré que sur des racines perdues, atteintes de périostite chronique depuis longtemps, on a pu faire des appareils à

pont mobile. Etant donné toutes les qualités de ce système, je crois être votre interprète en félicitant chaudement, sincèrement, sans arrière-pensée, M. Touvet-Fanton pour le beau travail qu'il a fait. (*Applaudissements.*)

VI. — Présentation de cas de redressement par M. Meng.

M. Meng. — Messieurs, je serai bref, l'heure tardive ne me permettant pas de longues explications.

J'ai l'honneur de vous présenter un appareil qui a été porté plus de dix ans.

Cet appareil en or supporte des dents Logan. La facilité de monter ces dents sur une plaque pour ceux qui ont jadis travaillé avec des dents à rainure m'avait fait considérer ce travail comme de trop minime importance pour vous en faire part lors de son exécution.

Je vous présente le moulage des suites tardives d'un redressement. Une prémolaire avait été arrachée de chaque côté aux deux mâchoires; après le port d'appareils la bouche avait été parfaitement rangée.

Vous voyez combien le résultat a été éphémère ; dix ans après les dents sont aussi déviées qu'il est possible, l'extraction des dents n'a donné aucune place et les deux mâchoires ne peuvent être plus étroites.

Je vous présente aussi les moulages de deux redressements. Ainsi que vous pouvez le voir, les molaires supérieures articulent en avant des molaires inférieures, produisant ainsi une projection en avant des dents supérieures.

La manière ordinaire de traiter ces déviations consiste à enlever une petite molaire de chaque côté à la mâchoire supérieure et à faire rentrer les dents. J'ai conservé les prémolaires et j'ai réussi le redressement en obtenant la projection en avant du maxillaire inférieur ; c'est ce qu'en Amérique on nomme *Jumping the bite*.

Mon premier cas fut commencé en février 1899 et terminé en juin 1900, mon second a été commencé en 1900. Voyez les résultats de mon intervention. En vous passant les modèles j'attire votre attention sur la façon dont ils sont marqués ; c'est à l'aide du crayon à copier, car avec un crayon ordinaire les marques sont peu apparentes; avec une plume le plâtre boit; avec un stylet, le plâtre étant dur, c'est quelquefois difficile.

M. Martinier s'élève contre la présentation de modèles montrant l'échec d'un confrère en l'absence de toute indication et de toute explication.

M. Meng. — Ne livrant pas le nom, ce n'est pas le confrère que je critique, mais le procédé, et les confrères présents n'auront que profit à retirer de ma présentation, car ils agiront par la suite en toute connaissance.

M. Martinier. — Depuis longtemps certains de nos confrères se servent de dents Logan pour des appareils à plaque et en particulier M. Billet en a présenté au Congrès de 1900.

M. Meng.— Justement on a préconisé divers procédés. M. Billet perce les plaques. Or, tous ceux qui ont fait des dents à tube ont remarqué que souvent la petite portion de plaque où le trou est percé se casse suivant le bord interne du trou. Mon procédé diffère en ce que je ne perce pas la plaque : j'ajuste la dent comme une dent ordinaire, puis je fonds des débris d'or sur la section du pivot de platine, je réajuste la dent et je soude comme on faisait pour la dent à rainure.

M. le Dr Sauvez. — Nous remercions M. Meng de sa présentation faite d'une façon humoristique, mais je lui ferai un reproche, c'est celui de nous avoir posé une question et de n'y avoir point répondu. (*Rires.*)

Nous remettons le côté pratique à la prochaine séance.

*
* *

M. Loup avait rédigé quelques objections au sujet du travail de M. Choquet ; mais, étant donné l'heure avancée, il remet simplement son travail sur le bureau de la Société en nous priant de le transmettre au journal pour qu'il soit publié si possible. Je mets aux voix cette proposition. (*Adopté.*) [1]

M. le Dr Siffre. — J'avais l'intention de prendre la parole également ; mais comme la question sera reprise à Ajaccio, il me semble qu'il sera préférable de l'étudier d'une façon complète.

M. le Dr Sauvez. — Il est évident qu'à Ajaccio la discussion pourra être beaucoup plus longue qu'elle ne peut l'être ce soir.

M. d'Argent avait bien voulu s'inscrire pour quelques procédés pratiques, mais il consent au renvoi à la prochaine séance.

La séance est levée à 11 heures 50.

Le Secrétaire général,
MENDEL-JOSEPH.

---

1. Voir *L'Odontologie*, n° du 30 juillet, p. 77.

RENSEIGNEMENTS UTILES

La ligne : 20 francs par an, Lignes en sus : 10 fr. la ligne } **dans 24 numéros.**

CERTIFICAT D'ÉTUDES.

Institut des Langues et des Sciences. A. Debraux, dir., 17, fg. Montmartre.
40 élèves reçus en 15 mois, 200 fr. pour l'année scolaire, 2 h. de cours par jour.
1[re] Session de 1901 province : 18 présentés, 14 reçus.

Préparation spéciale par le Docteur **Achille LOMBARD** O. ✿ C. ✵. ancien Secrétaire du Jury de la Sorbonne, 3, boulevard Sébastopol, PARIS.

CONTINUOUS GUM

B. Platschick, 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). TÉLÉPHONE 222.82.

FOURNITURES GÉNÉRALES.

Billard (**L. Lemaire successeur**), 4, passage Choiseul, PARIS. TÉLÉPHONE 264.30.
Comptoir international, 15, avenue Fonsny, BRUXELLES.
Contenau et Godart fils, 7, rue du Bouloi, PARIS. TÉLÉPHONE 214.53.
V[ve] Jules Friese, 3, rue de Londres, *près la Trinité*, PARIS.
Colin Logan fils, 113, rue Réaumur, *près la Bourse*, PARIS. TÉLÉPHONE 288.79.
L. Mairlot, 24, place Sainte-Gudule, BRUXELLES. TÉLÉPHONE 1429.
Mamelzer et fils, 40, rue Croix-des-Petits-Champs, PARIS.
P. Périé fils, 7, place La Fayette, TOULOUSE.
Reymond frères { 22, rue Le Peletier, PARIS. / 44, place de la République, LYON. / 69, rue de la Croix de fer, BRUXELLES. / 3, rue Petitot, GENÈVE.
Victor Simon et C[ie], 54, rue Lamartine, PARIS. TÉLÉPHONE 269.45.
Société Française de Fournitures Dentaires. { 58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris TÉLÉPHONE 214.47. / 45, r. de la République, Lyon. / 18, allées de Tourny, Bordeaux } *Grande exposition*, au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes.
V[ve] J. Wirth, 222-224, avenue Philippe-Auguste, PARIS.

IMPRESSIONS EN TOUS GENRES.

A. Mellottée, imprimeur de *L'Odontologie*, à CHATEAUROUX.
J. Fanguet, Georges Clotte, successeur, fournisseur de l'*École Dentaire*, 28, rue d'Enghien, à PARIS.

MATIÈRES OBTURATRICES.

Email Plastique. **V[ve] Jules Friese**, 3, rue de Londres, PARIS.
Amalgame Fellowship. Société Française de Fournitures Dentaires.
Ciment " Perfecta ", Société Française de Fournitures Dentaires.

PRODUITS ANESTHÉSIQUES.

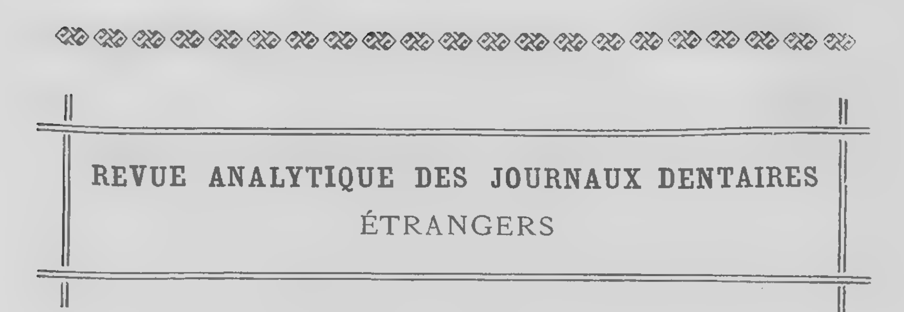
Anestile. **D[r] Bengué**, 47, rue Blanche, PARIS.
Anesthésique local du D[r] R. B. Waite. Société Française de Fournitures Dentaires.

PRODUITS PHARMACEUTIQUES

Formyl-Géranium. Société Française de Fournitures Dentaires.
Xyléna. Liquide antiseptique. Société Française de Fournitures Dentaires.

PROTHÈSE A FAÇON.

D. Fauvel. ALENÇON (Orne). *Travail recommandé.*
Lalement et Coutif, 5, rue de Laborde (Travaux artistiques). TÉLÉPHONE 550.73.
B. Platschick, 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). TÉLÉPHONE 222.82.



REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX DENTAIRES ÉTRANGERS

I. — L'ARISTOL.

L'aristol (ou iodthymol ou biiodure de dithymol annidaline), diiodo-dithymol $(C^{10}H^{13}OI)^2$, dérivé de thymol, est un corps pulvérulent, d'un brun rougeâtre, insoluble dans l'eau et la glycérine, peu soluble dans l'alcool, et soluble dans l'éther, le chloroforme, le sulfure de carbone, la benzine, l'huile d'olive et la vaseline. Selon le Dr Fournioux, il est peu toxique et d'odeur assez agréable, qualités qui lui donnent un grand avantage sur l'iodoforme, qui, comme antiseptique, est pourtant plus fort que lui.

A la lumière l'aristol perd l'iode et blanchit. Il s'emploie en poudre, en pommade incorporée dans l'huile d'olive, la vaseline, ou en solution éthérée. Plusieurs de ces préparations s'altèrent à la lumière ou à la chaleur ; elles doivent donc être préparées à froid.

L'aristol est employé comme antiseptique insoluble pour le pansement des plaies, ulcères syphilitiques, et en général quand l'antisepsie externe est indiquée.

Favorisant remarquablement la cicatrisation et adhérant aux pulpes découvertes, M. D. Schochor le recommande (dans le *Zoubovratchebny Wiestnik*, n° 2, 1901) comme remplaçant avantageusement l'iodoforme dans les maladies de la bouche et des dents (dans la pulpite et la gangrène pulpaire, pour la désinfection des canaux radiculaires, ainsi que dans les abcès chroniques, fistules alvéolaires, et aussi dans l'empyème de l'antre d'Higmore), où la toxicité et surtout la mauvaise odeur sont plus qu'ailleurs insupportables.

Liquéfié dans le chloroforme jusqu'à la formation d'une pâte sirupéïforme, l'aristol, suivant M. Schochor, constitue un médicament sûr contre la douleur des dents causée par l'inflammation ou la découverte de la pulpe.

Pour l'antisepsie des canaux radiculaires l'auteur se sert de coton imbibé dans la solution d'aristol éthéré ou chloroformé.

Pour préserver les canaux radiculaires de l'humidité, M. Schochor y injecte quelques gouttes de solution antiseptique de 60 gr. d'aris-

tol avec 1/2 once de chloroforme, ce qui produit sur l'orifice du canal injecté une couche semblable au vernis qui ne laisse pas passer la salive.

D'après l'auteur, le Dr Kirk pour couvrir une pulpe découverte, applique la solution d'aristol dans le collodion liquide, qu'il fait d'abord passer à travers du papier buvard, et qu'il met ensuite sur le point de la pulpe découverte. Pour le plombage permanent des racines, le Dr Kirk emploie une solution de 10 o/o (ou plus forte) d'aristol, dans laquelle il met une quantité suffisante de gutta-percha pour former une pâte crémeuse avec laquelle il remplit les canaux radiculaires. Dans les cas difficiles de pyorrhée alvéolaire, il fait une pâte crémeuse de quelques gouttes d'huile de cannelle avec un peu d'aristol qu'il applique sur les surfaces enflammées des alvéoles, et dans ce cas l'action bienfaisante de l'aristol est manifeste 24 heures après son application.

Le Dr Kjzlal, dit plus loin M. Schochor, emploie la solution d'aristol à 10 o/o dans l'éther sulfurique pour la désinfection des caries avant le plombage et pour la désinfection des canaux radiculaires ; sur une pulpe gangreneuse il applique l'aristol pur. Dans le cas de fistule il se sert de bâtons de dix parties de beurre de cacao et d'une partie d'aristol, pour favoriser la granulation et la cicatrisation.

Le Dr Jung plombe les canaux radiculaires avec une patte dense d'aristol et de créosote.

En concluant M. Schochor dit : « En raison de l'action désinfectante de l'aristol, de l'insignifiance de son action irritante et de son innocuité presque sans odeur, cet agent mérite l'attention des praticiens. »

Nous ne pouvons que nous associer à la conclusion de M. Schochor, en rappelant à nos lecteurs ce que nous avons dit à la séance de la Société d'Odontologie du 4 juin dernier au sujet de l'emploi de l'aristol dans les coiffages des caries du 2e degré avancé.

Em. Staviski.

II. — Évolution de la carie, par le Dr Hart, de San Francisco.

Cette communication fait suite à celle que l'auteur publiait en juillet 1897 sous le titre de *Bactéries de la bouche.*

Le Dr Hart étudie dans ce travail la pénétration des bactéries dans les tissus dentaires et les tissus environnants, puis la méthode de stérilisation des dents pour arrêter et prévenir l'action bactérienne de la carie.

Il décrit sa méthode de préparation des coupes de dents pour l'examen bactériologique, ainsi que la méthode de stérilisation dans le traitement des abcès dentaires.

Il termine enfin en indiquant les différentes causes de forma-

tion du tartre et le traitement de la pyorrhée alvéolaire par la stérilisation.

III. — Hypertrophie des gencives, par le Dr Roe, de Philadelphie.

Le Dr Roe cite dans sa communication (*Dental Cosmos*) quatorze cas de sujets ayant eu de l'hypertrophie gingivale dont il fait un tableau synoptique d'un grand intérêt.

Deux cas seulement lui sont personnels ; il s'y étend davantage. Il donne de ces cas l'examen histologique et bactériologique accompagné de planches photomicrographiées.

Il conclut que la pathologie dans ces cas indique que l'affection n'est pas une hypertrophie, mais, plutôt un genre de granulôme infectieux, qu'il propose d'appeler saccharo-mycosis.

IV. — Maladies des yeux en rapport avec les dents, par le Dr Stevens.

Les affections dentaires (*Dental Cosmos*) peuvent causer différents symptômes dans les yeux, toutes les fois qu'une affection douloureuse et inflammatoire de l'œil de cause inconnue persiste en dépit du traitement. Ou il y a suppression ou diminution de l'acuité visuelle, qui ne peut être expliquée par un examen ophtalmoscopique, par changement dans la tension intra-oculaire, ou par des complications cérébrales. Dans tous les cas les dents doivent être soigneusement examinées et l'on doit traiter toute lésion dentaire.

V. — La meilleure matière obturatrice pour les dents temporaires, par J. Burke.

Le Dr Burke (*Dental Cosmos*) a adopté l'amalgame de cuivre comme la matière obturatrice par excellence des dents de lait. Cette obturation s'impose à lui par les qualités suivantes :

1° Elle empêche la récidive de la carie étant antiseptique et incontractile.

2° Elle est tellement plastique que c'est un plaisir de le manipuler;

3° Elle prend lentement ;

4° Elle peut être mise à proximité de la pulpe ;

5° Elle ne s'altère pas au contact de la salive ;

6° Elle peut être terminée plus facilement et plus rapidement qu'avec une autre matière.

VI. — La pulpe dentaire.

A la séance annuelle de l'Association dentaire du New-Jersey tenue le 21 janvier 1901 il a été mis à l'ordre du jour une intéres-

sante question par le Dr Palmer : *La pulpe dentaire est-elle nécessaire dans les dents des adultes?*

Sa communication avait été imprimée suffisamment de temps avant la séance pour que chacun pût prendre part à la discussion. C'est d'ailleurs ce qu'arriva, car un grand nombre d'orateurs se firent inscrire, parmi lesquels nous relevons le nom d'autorités dentaires américaines telles que les Drs Rhein, Williams, Broomel, Hart Hungerford, Andrews, etc. Il serait trop long ici de donner même un aperçu de ces discussions, qui sont plutôt elles-mêmes de véritables travaux sur la question, accompagnés d'illustrations très intéressantes.

Nous nous bornerons à donner les grandes lignes de la communication du Dr Palmer.

D'après ce dernier, l'ablation de la pulpe, qui pourraît être indiquée dans certains cas, ne serait jamais admissible pour la pratique générale. Y a-t-il une période de la vie humaine pendant laquelle la pulpe n'est pas nécessaire, est inutile et même dangereuse? Evidemment non. D'ailleurs il serait bien difficile de déterminer cette période. La condition d'une pulpe chez un individu à un certain âge serait différente de celle d'un autre individu pris au même âge.

En attendant que les rayons X résolvent la question, il est plus prudent à cet égard de se tenir sur la réserve.

Le Dr Palmer se place tout au long de sa communication au point de vue de la clinique pure, car son opinion à ce sujet s'est fortifiée par sa pratique de tous les jours.

Il passe en revue les différentes indications de l'ablation de la pulpe, puis y oppose un certain nombre d'arguments dont le principal est *qu'elle n'empêche pas la carie.*

VII. — Amputation de racines malades et remplacement par une opération hétéroplastique, par le Dr Rhein, de New-York.

Le Dr Rhein (*Items of Interest*) fait l'historique de l'opération qu'on appelle amputation de la racine, puis indique dans quelles conditions cette opération doit être pratiquée, point sur lequel il insiste longuement. Enfin il passe à la technique de l'opération et donne le procédé de confection et d'application des racines en porcelaine auquel sont jointes quelques figures explicatives.

VIII. — La grippe odonto-métastatique, par le Dr W. Mills, Baltimore.

De toutes les maladies atypiques la grippe est bien la plus particulière. L'auteur le justifie par quatre observations dans lesquelles il

nous montre les conséquences dentaires que cette affection peut avoir.

Il ne croit pas que les toxines des micro-organismes de la grippe soient en cause, mais plutôt la diminution numérique des hématies, ce qui donne par conséquent une seule alcalinité du sang, d'où rupture de l'équilibre entre les parties constitutives du sang.

CH. WEBER.

DEMANDES ET OFFRES

PRIX d'une CASE, dans 3 numéros........................ **8** francs.
payable d'avance. (Pour les Abonnés de *L'Odontologie*. **5** »).

L'Administration de L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

---

1 *Chirurgien-Dentiste*, 32 ans, *dix ans de pratique*, **demande place** *stable* ***D'OPERATEUR***, chez *bon et sérieux* dentiste. S'adresser à MM. Reymond frères, 44, place République, Lyon. (44[1])

---

2 **Chirurgien-Dentiste anglais** au courant de *tout travail de cabinet et laboratoire*, demande place comme **AIDE**, ou pour diriger un cabinet, pourrait **REMPLACER DENTISTE** qui a *clientèle aux bains de mer*. Ecrire A. Z. aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne. (45[4])

---

3 **Cabinet dentaire** à céder, chef-lieu de canton, département du centre, 18000 hab. agglomération 30.000 habitants, **seul dentiste**. Conditions: 4.000 fr. comptant, prendre suite de bail, deux ans et demi. Ecrire A. L. G. bureaux du Journal. (46[4])

---

4 **On demande** un **OPÉRATEUR DIPLOMÉ** *faculté de médecine* avec bonnes références. S'adresser maison A. Créange, 69, rue Montmartre, Paris. (47[4])

---

5 **DIPLOMÉ École dentaire de Paris,** six ans de pratique, sachant faire **crown** et **Bridge,** demande place **ASSISTANT**, Paris. Ecrire par poste aux initiales K. Z. aux soins de l'Administration du Journal. (48[3])

---

6 **Cabinet dentaire. 40 minutes de Paris** (Saint-Lazare), **A CÉDER**, pour cause de *double emploi*, à Dentiste de Paris pouvant disposer de deux jours par semaine, ou mieux encore à praticien qui, venant y résider, augmenterait considérablement les affaires et auquel le *vendeur donnerait sa prothèse*, s'il était excellent mécanicien. — Ecrire, par poste, aux initiales M. L., aux soins de M. Papot, 45, rue de la Tour-d'Auvergne. (49[1]).

---

7 **Après fortune faite, A VENDRE** cabinet à **proximité de Paris,** produisant 12.000 fr. Prix : 10.000 fr. — Ecrire, par poste, aux initiales G. G., aux soins de l'administration du Journal. (50[1]).

---

8 **On demande** pour **bon cabinet** dans **ville de province** un opérateur **PATENTE** ou **DIPLOME**. — S'adr. : A. Reymond frères, 44, pl. République, **Lyon.** (51[1]).

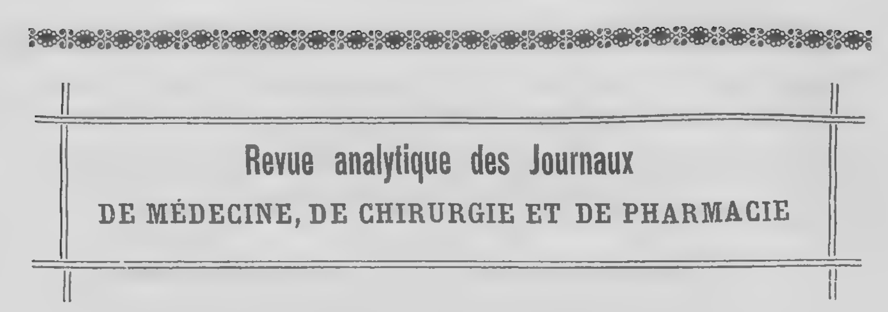
Une Indiscrétion.

A l'occasion du 15 août, notre confrère *le Fureteur* (72, Cours de Vincennes, Paris), consacre un numéro spécial de grand luxe, bourré de documents inédits et d'illustrations curieuses, aux Bibelots à la mode, aux *Bibelots Napoléoniens*.

Ce numéro spécial est envoyé franco contre soixante centimes en timbres-poste adressés au *Fureteur*, 72, Cours de Vincennes, Paris.

Une Rareté.

Nous apprenons l'édition clandestine, à l'occasion du 15 août, de Cartes Postales et d'Etiquettes de propagande illustrées d'un portrait et d'un autographe du Prince Victor Napoléon. Saisies, ces cartes seront de la dernière rareté. Notre confrère *le Fureteur*, 72, Cours de Vincennes, Paris, a pu s'en procurer quelques échantillons qu'il envoie aux collectionneurs à raison de un franc les six.



Revue analytique des Journaux
DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE

I. — La leucoplasie.

Dans le *Journal des praticiens*, M. Combalat, de Vichy, fait l'histoire de la leucoplasie de la bouche et de son traitement. Après avoir décrit les plaques de forme et de dimensions variées, il insiste sur les craquelures produites, quand les plaques sont devenues parcheminées, craquelures accompagnées, surtout chez les arthritiques, de dilatation du plexus veineux du voisinage. La syphilis est fréquente dans les antécédents leucoplasiques, sans cependant être constante ; l'arthritisme semble aussi être une cause des lésions ; l'état de l'intestin et de l'estomac influencerait aussi l'affection buccale, qui, au point de vue histologique pur, est une *sclérose*.

La transformation épithéliomateuse de la plaque, moins fréquente qu'on ne semble le croire, s'annonce par la présence sur elle de saillies coniques et cornées, puis par l'induration des tissus ; plus la plaque est fissuraire, ulcérée, hypertrophiée, plus on doit craindre le cancer.

Avant tout on évitera les caustiques, le traitement iodo-mercuriel ; on soignera l'intestin et l'estomac ; l'alcool, le tabac seront défendus, puis on touchera la plaque avec du bichromate de potasse au 50e. Si les chose ne changent pas, on enlèvera la partie malade profondément au cautère ou à la curette, puis on passera la place à l'aristol.

II. — Constipation et cocaine.

Le Dr Capparelli, dans la *Rassegna internazionale della medicina moderna*, montre l'action constipante de la cocaïne. Elle constipe par accumulation et peu à peu, témoin un enfant de six ans qui prenait quotidiennement 0,09 de cocaïne par vingt-quatre heures et un vieillard de soixante-dix-huit ans qui lui en prenait 0,05. Ces deux malades furent atteints d'une constipation opiniâtre, qui ne cessa qu'après une énergique intervention.

III. — Hygiène dentaire.

Dans un article consacré à l'hygiène dentaire et publié dans le *Journal des praticiens*, le Dr Marchandé, après avoir parlé de l'im-

portance des soins buccaux et dit combien peu de personne se soignent avec logique (1 pour 100), insiste sur l'usage des dentifrices. Après avoir exclu le salol, l'alcool, il recommande l'acide salicylique, le formol, le chloral hydraté.

Enfin, comme M. Michaud, il donne la préférence à l'eau oxygénée alcalinisée par le borate de soude et aromatisée par une essence au choix du malade et selon son goût.

IV. — Anesthésie générale par le chlorure d'éthyle.

M. Verneuil, de Bruxelles, a obtenu de bons résultats d'anesthésie générale avec le chlorure d'éthyle. Il faut avant tout que le malade ne respire que de l'air chargé de vapeurs du médicament et pour cela il faut une application exacte sur le visage du masque où le patient respire.

Les malades à barbe sont plus difficilement endormis par suite du léger espace laissé entre le masque et les poils de leur barbe; les malades imberbes au contraire s'endorment au bout d'une minute sans grande excitation et restent endormis cinq à six minutes. Pour les adultes il faut 10 à 15 gr. ; pour les enfants 8 gr. environ. Le réveil est rapide, il n'y a pas d'indisposition après ni de cyanose. Cet anesthésique est donc rapide et sans danger.

V. — Les dents et la médecine ancienne de Paré.

Dans la France médicale, Mme Lépine fait l'historique de la médecine des enfants comme la comprenait A. Paré. Ce dernier s'est assez étendu sur les troubles locaux et généraux de la première dentition ; il ne veut pas inciser les gencives des dents qui sont rebelles à évoluer ; c'est, selon lui, une opération ayant souvent des suites très graves. Il recommande alors les remèdes plus ou moins absurdes dont M. le Dr Roy nous a entretenus lors de la réouverture des cours de l'Ecole en 1900, dans la très intéressante conférence qu'il fit à cette occasion sur l'évolution de l'art dentaire.

VI. — Fistules odontopathiques.

M. Gires donne, dans le *Progrès médical*, trois observations de fistules, dont l'une cutanée à la suite d'un traumatisme de l'incisive centrale droite du bas. Cette dent, morte par suite du traumatisme, avait causé des accidents que les traitements médicaux et chirurgicaux n'avaient pu amender et qu'un nettoyage du canal, suivi d'injections d'acide phénique pur, guérit radicalement. La seconde fistule, gingivale cette fois, était causée par l'incisive droite inférieure fissurée. Cette dent, au cours d'une arthrite blenorrhagique (le premier cas avait commencé à donner des accidents à la suite d'une crise de rhumatisme), donna des accidents infectieux gingivaux. Même traitement,

guérison en une séance. La troisième observation porte sur une fistule gingivale provenant d'un kyste radiculaire d'une dent depuis longtemps obturée et qui s'infecta au cours d'une grossesse. Le nettoyage du canal et les injections d'acide phénique pur donnèrent là encore des résultats identiques.

VII. — L'actinomycose.

M. Bayle, dans la *Gazette des hôpitaux*, remet au jour la question de l'actinomycose, s'appuyant sur les dernières communications de de MM. Bérard et Poncet. Il ne suffit pas de n'avoir pas trouvé dans le pus de la tumeur les grains jaunes pour conclure à l'absence du champignon. Ces grains se trouvent dans le pus vierge d'air seulement, et sont modifiés par les infections secondaires, ainsi que les autres formes du végétal (mycelyum sporulé, enroulé). Les tissus superficiels peuvent ne pas avoir de parasites, alors que les tissus profonds en contiennent. Il faut, en l'absence du parasite, recourir aux symptômes cliniques, qui sont l'aspect néoplastique et en même temps inflammatoire; l'évolution et la cicatrisation, l'empâtement douloureux (face) avec trismus, l'absence d'engorgement des ganglions.

VIII. — Glossite dépapillante.

A la *Société de dermatologie*, M. Fournier montre un homme ayant eu la syphilis, il y a 28 ans, et qui présente une glossite dépapillante circinée. L'auteur fait remarquer que cette manifestation est généralement d'ordre secondaire et se demande si elle est contagieuse (l'homme en question est un tertiaire avec gommes, hémiplégie); des observations récentes, continue M. Fournier, tendraient à prouver la chance de contagion de ces glossites.

IX. — L'asepsie.

Dans la *Presse médicale* du 6 juillet M. Longuet fait l'historique de l'asepsie. C'est un article d'une compilation et d'une érudition très grandes qui donne toute la bibliographie et les documents utiles à la question. Nous y renvoyons nos lecteurs et surtout nos élèves qui y puiseront avec fruit, la place nous manquant pour résumer un sujet difficilement résumable et qui a besoin d'être lu entièrement.

X. — Les courants de haute intensité en chirurgie-dentaire.

MM. Régnier et Didsbury rendent compte à l'*Académie des sciences* du résultat de leurs recherches sur l'anesthésie dentaire locale à l'aide de courants de haute intensité. Ces auteurs ont obtenu avec ces courants une anesthésie assez bonne pour les opérations sur les canines et les incisives ; celles pratiquées sur les molaires, surtout les molaires découronnées, n'ont pas été si satisfaisantes, de même que celles pratiquées sur des dents atteintes de périostite.

Ch. Charpentier.



NÉCROLOGIE

M. ROSENTHAL

La mort vient de nous enlever, à l'âge de 72 ans, notre confrère Rosenthal, de Liège. Jusque dans les derniers jours de sa vie, il avait continué à s'occuper de son cabinet avec autant de goût qu'à ses débuts. On peut dire de lui qu'il est mort à la tâche. Il sut honorer sa profession autant par sa science que par sa correction envers ses confrères.

Toutes les questions intéressant l'art dentaire lui tenaient à cœur et tous nous nous souvenons qu'il fut un des premiers accourus au mois de septembre dernier lors de la réunion plénière des Dentistes de Belgique en vue de fonder une école dentaire.

Un des premiers aussi, il comprit toute l'importance d'une éducation professionnelle parfaite ; c'est ainsi qu'il envoya son fils à Boston conquérir le diplôme de dentiste américain. Celui-ci tient, aujourd'hui, une place marquante dans la profession.

Nous présentons à nos distingués confrères M. Ed. Rosenthal et M. Fœttinger l'expression de nos sentiments de sincère condoléance.

(*Le Progrès médical belge.*)

Nous nous associons pleinement aux sentiments exprimés par notre confrère belge.

N. D. L. R.

Mme PONT

Notre excellent collaborateur et confrère, M. le Dr Pont, directeur de l'Ecole dentaire de Lyon, vient d'avoir la douleur de perdre sa mère, Mme Pont, décédée le 24 juillet dernier, à 63 ans.

Nous exprimons à notre confrère nos bien sincères regrets.

N. D. L. R.

M. BOIVIN

On annonce la mort de M. Boivin, chirurgien-dentiste, décédé à Paris à l'âge de 62 ans. Nous exprimons à la famille de notre confrère, nos sentiments de sincère condoléance.

Avis relatif au recouvrement des cotisations

Les membres de l'Association et les abonnés du Journal domiciliés dans les *Colonies* ou à l'*Etranger*, qui ont des *cotisations en retard*, sont priés de bien vouloir en adresser le montant, en un mandat-poste international ou en un chèque sur un établissement financier de Paris.

Pour L'ASSOCIATION, au *Trésorier :* Jules d'Argent.................. } 45, rue de la Tour-d'Auvergne, Paris.

Pour le JOURNAL, à l'*Administrateur Gérant :* Ed. Papot.............. }



Erratum.

Dans le numéro de *L'Odontologie* du 15 juillet, M. Choquet nous signale une erreur commise p. 27, 3e ligne du bas, dans les paroles qu'il a prononcées. Lire *nitrite* de potasse au lieu de *nitrate*.

Distinctions honorifiques françaises.

Le *Journal officiel* du 28 juillet annonce la nomination de M. Sebileau (Pierre), professeur agrégé à la Faculté de médecine, au grade d'officier d'académie.

Institut brésilien d'odontologie.

MM. le Dr Godon, Martinier, le Dr Claude Martin, le Dr Sauvez et Viau viennent d'être nommés membres honoraires de l'Institut brésilien d'odontologie de Rio-de-Janeiro.

Concours pour la rédaction d'une brochure destinée a combattre le charlatanisme par l'instruction du public.

Nous avons annoncé qu'un prix de 500 francs était offert par le Syndicat des chirurgiens-dentistes de France à l'auteur du meilleur mémoire destiné à éclairer le public sur le charlatanisme.

Le Conseil d'administration de l'Ecole dentaire de Paris ayant voté une somme de 100 francs pour le même objet, cette somme fera l'objet d'un second prix.

Poste de chirurgien-dentiste vacant.

Nous sommes avisés qu'un poste de chirurgien-dentiste est vacant à Parthenay (Deux-Sèvres) par suite du départ du seul praticien exerçant dans la localité. Les praticiens les plus rapprochés sont à Niort et à Poitiers.

Association odontologique de Bordeaux.

La société fondée à Bordeaux sous le nom d'*Association odontologique de Bordeaux* nous informe que son siège est à l'Athénée. Elle se réunit le 4e samedi du mois.

Exposition de Malaga.

Une exposition provinciale s'est ouverte à Malaga le 15 juillet ; elle durera jusqu'au 15 septembre.

Dans le groupe XI, réservé à l'hygiène, à la chirurgie et à l'orthopédie, figurent divers travaux de prothèse dentaire.

Congrès a Odessa.

Un Congrès des dentistes russes aura lieu à Odessa en 1902.

Distinctions honorifiques étrangères.

L'Université de Pensylvanie vient de conférer le titre de docteur ès sciences naturelles au professeur Miller, de Berlin.

Le professeur Hesse, de Leipzig, a été nommé membre honoraire de la Société dentaire de cette ville.

DERNIÈRE HEURE

Fédération dentaire internationale.

Les réunions du Conseil exécutif et de la Commission internationale d'enseignement de la Fédération dentaire internationale viennent d'avoir lieu à Londres et à Cambridge, conformément au programme arrêté, avec un plein succès. Tous les membres du Conseil étaient présents.

M. Godon a été réélu président de la F. D. I. et M. Sauvez, secrétaire général.

Les séances de la Commission d'enseignement ont été particulièrement intéressantes. Sur seize nations représentées dans cette commission, onze avaient envoyé des délégués. L. Dr Brophy en a été nommé président, le Dr Roy, secrétaire. Des rapports très étudiés y ont été présentés et plusieurs décisions importantes y ont été prises : c'est ainsi que chacun des membres a été chargé de rédiger un rapport sur la situation de l'enseignement dentaire dans son pays.

La réception réservée à tous nos confrères qui ont fait le voyage de Londres et de Cambridge a été particulièrement cordiale et enthousiaste.

La prochaine réunion du Conseil et de la Commission d'enseignement a été fixée à Stockholm, en août 1902.

Nous publierons dans notre prochain numéro un compte rendu détaillé de cette première session de la Fédération internationale.

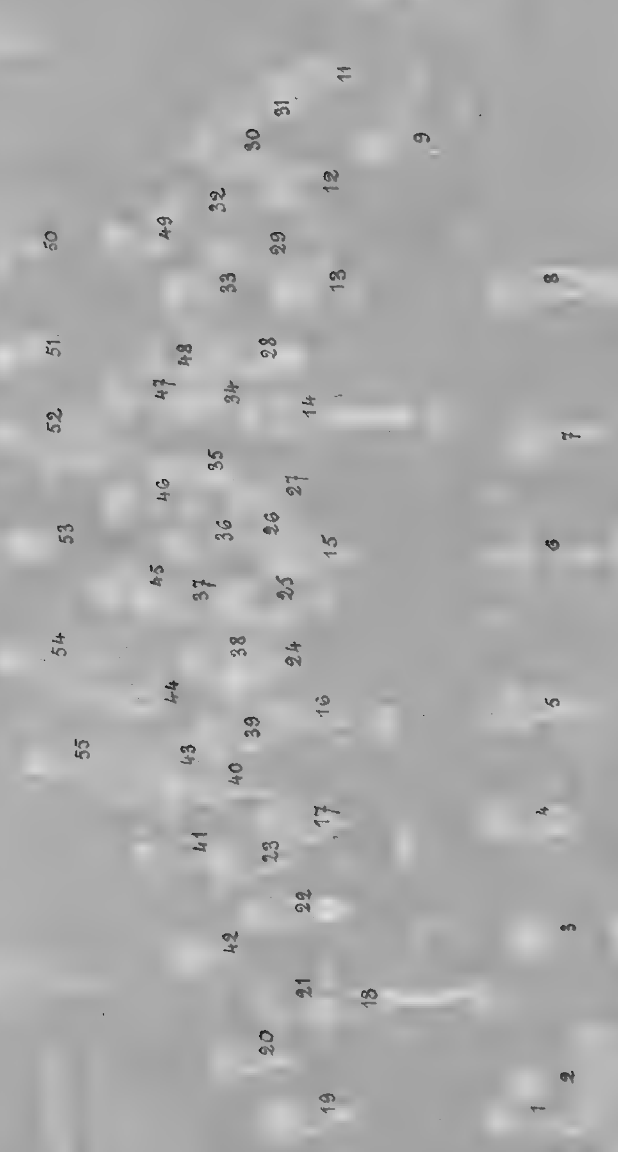


DE LA FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

au *TRINITY COLLEGE* (Université de Cambridge), le mercredi 7 août 1901.

1. Frank (Vienne).	15. Godon (Paris).	29. Viau (Paris).	43.
2. Choquet (Paris).	16. Brophy (Chicago).	30.	44.
3.	17. Kirk (Philadelphie)	31. Harlan (Chicago).	45.
4. Heddy (Madrid).	18. Griffiths (Cambridge).	32. R. Taylor (Cambridge).	46.
5. Aguilar (Madrid).	19.	33.	47. Queudot (Paris).
6. Birch (Leeds).	20.	34. Hopewell Smith (Londres).	48. Rosenthal (Bruxelles).
7. Pearson (Toronto).	21. Cunningham (Cambridge).	35.	49.
8. O'Duffy (Dublin).	22. Bryan (Bâle).	36. Huet (Bruxelles).	50. Tenney (Chicago).
9.	23.	37. Baruch (Bruxelles).	51.
10.	24. Campbell (Dundee).	38. Quarterman (Bruxelles).	52. Sim. Woodhead (Cambridge).
11. Easton (Philadelphie)	25. Sir ...chton Browne	39. Förberg (Stockholm).	53. ...erup (Copenhague).
12. Hesse (Leipzig).	26. Dall (Glascow).	40. Brunton (Leeds).	54. Grevers (Amsterdam).
13. Sauvez (Paris).	27. (Manchester).	41.	55.
14. Sir Michael Foster (Cambridge).	28. Roy (Paris).	42. Léon Williams (Londres).	

Nos lecteurs sont priés de vouloir bien nous indiquer les noms des membres qui sont en blanc et qui ne nous étaient pas parvenus au moment du tirage du journal.



RÉUNION DE LA FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

au *TRINITY COLLEGE* (Université de Cambridge), le mercredi 7 août 1901.

1.	Frank	(Vienne).	15.	Godon	(Paris).	29.	Viau	(Paris).	43.		
2.	Choquet	(Paris).	16.	Brophy	(Chicago).	30.			44.		
3.			17.	Kirk	(Philadelphie)	31.	Harlan	(Chicago).	45.		
4.	Heddy	(Madrid).	18.	Griffiths	(Cambridge).	32.	R. Taylor	(Cambridge).	46.		
5.	Aguilar	(Madrid).	19.			33.			47.	Queudot	(Paris).
6.	Birch	(Leeds).	20.			34.	Hopewell Smith	(Londres).	48.	Rosenthal	(Bruxelles).
7.	Pearson	(Toronto).	21.	Cunningham	(Cambridge).	35.			49.		
8.	O'Duffy	(Dublin).	22.	Bryan	(Bâle).	36.	Huet	(Bruxelles).	50.	Tenney	(Chicago).
9.			23.			37.	Baruch	(Bruxelles).	51.		
10.			24.	Campbell	(Dundee).	38.	Quarterman	(Bruxelles).	52.	Sims Woodhead	(Cambridge).
11.	Easton	(Philadelphie)	25.	Sir Crichton Browne		39.	Förberg	(Stockholm).	53.	Haderup	(Copenhague).
12.	Hesse	(Leipzig).	26.	Dall	(Glascow).	40.	Brunton	(Leeds).	54.	Grevers	(Amsterdam).
13.	Sauvez	(Paris).	27.		(Manchester).	41.			55.		
14.	Sir Michael Foster	(Cambridge).	28.	Roy	(Paris).	42.	Léon Williams	(Londres).			

Nos lecteurs sont priés de vouloir bien nous indiquer les noms des membres qui sont en blanc et qui ne nous étaient par parvenus au moment du tirage du journal.

21e ANNÉE. N° 16 30 AOUT 1901 VOL. XXVI



***L'Odontologie* est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

A NOS LECTEURS

Ainsi que nous l'avons annoncé dans nos précédents numéros, le Conseil exécutif de la Fédération dentaire internationale et la Commission internationale d'enseignement se sont réunis à Londres et à Cambridge du 4 au 7 août. Comme on le sait, MM. Godon, Roy, Sauvez, Viau et Choquet représentaient l'École dentaire de Paris, M. Queudot l'École odontotechnique.

Nous publions aujourd'hui le rapport que nous envoie M. le Dr Roy sur le voyage de nos délégués et nous pensons être agréables à nos lecteurs en reproduisant ci-contre d'après le *Cambridge Graphic* la photographie des membres présents à ces réunions.

N. D. L. R.

BULLETIN

LA FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

LONDRES-CAMBRIDGE

Il sera certainement dans la vie professionnelle des délégués de l'École dentaire de Paris à Londres et à Cambridge peu d'heures aussi agréables que celles qu'ils ont passées dans ces deux villes, où vient de s'accomplir un événement qui aura une influence considérable sur les destinées de l'art dentaire. Aussi, c'est plein d'une joie

sincère que nous revenons de ce voyage, qui a consacré définitivement la Fédération dentaire internationale.

Le Congrès de 1900, dans sa dernière séance, avait décidé, on s'en souvient, la création de fédérations dentaires nationales et d'une fédération dentaire internationale. Mais, si ce dernier organisme avait été créé, il ne s'était pas encore réuni en session régulière.

Aussi, de même que l'inventeur ne peut se défendre d'une certaine inquiétude lorsqu'il va voir fonctionner pour la première fois une machine nouvelle qu'il a conçue, de même les fondateurs de la Fédération dentaire internationale *pouvaient ne pas être sans inquiétude sur les résultats de cette première réunion. Ils étaient en droit de se demander si cet organisme nouveau, lorsqu'il entrerait en fonction, répondrait au but pour lequel ils l'avaient conçu et si, de l'assemblage des éléments divers qu'ils avaient réunis pour le construire résulterait le fonctionnement harmonieux qu'ils avaient rêvé.*

Aujourd'hui toutes ces inquiétudes sont évanouies: la Fédération dentaire internationale *et son principal organe, la* Commission Internationale d'Enseignement, *ont tenu leur première session, et aucune note discordante n'a troublé l'harmonie du concert où les représentants les plus autorisés des différents pays d'Europe et d'Amérique étaient venus apporter leur concours.*

Nous étions cependant là des hommes de nationalité et de tendances bien diverses; mais la concorde fut néanmoins facile entre gens épris du même idéal de progrès et du même amour de leur profession.

Nous arrivions à Londres dans un milieu éminemment sympathique, notre réunion ayant été organisée de façon à coïncider avec la réunion annuelle de la British Dental Association. *Disons tout de suite que cette Association nous a fait une réception dont la splendeur, le charme et la cordialité resteront certainement pour nous tous un souvenir inoubliable.*

Chambres retenues à l'Hôtel Cecil, tickets préparés pour les lunchs, banquets, invitations pour toutes les soirées, tout était prévu, organisé avec le souci de l'hospitalité la plus complète et la plus aimable. Les Français particulièrement ont été profondément émus des marques de sympathie qui leur ont été prodiguées de tout côté et lorsque, au banquet de la British Dental Association, après le toast de M. Lloyd Williams aux invités la salle debout a acclamé les Français aux accents de la Marseillaise, *ils ont senti combien, en dépit des menées de la politique, était profonde la sympathie du grand peuple anglais pour notre cher pays.*

Du reste, ces diverses réunions, nous devons le dire, furent un succès pour la France. A la Fédération et à la Commission internationale d'enseignement nos confrères étrangers ont tenu à manifester leur reconnaissance de la part prise par les Français à l'organisation de ces deux groupements en conservant de nos compatriotes dans les bureaux de ces deux comités. Malgré deux refus consécutifs, ils ont maintenu notre dévoué directeur Godon à la présidence de la Fédération, que sa valeur et sa ténacité avaient tant contribué à fonder. Ils ont également maintenu au secrétariat notre ami Sauvez, dont les facultés d'organisateur sont mises une fois de plus à contribution.

A la Commission d'enseignement, après avoir nommé à la présidence, le professeur Brophy, notre savant et sympathique confrère, doyen du Collège dentaire de Chicago, les membres de la Commission, en me faisant le grand honneur de me désigner moi-même pour occuper le poste de secrétaire de la dite Commission, ont certainement voulu reconnaître les efforts faits par les Français pour organiser leur enseignement sur des bases rationnelles et dans des conditions telles que l'École dentaire de Paris, du propre aveu de nos confrères américains, si bien qualifiés en la matière, peut figurer dignement à côté de ses aînées du nouveau continent.

A la British Dental Association, nos confrères anglais ont chaleureusement applaudi et fêté notre excellent confrère Choquet, qui leur avait exposé le fruit de ses savantes recherches microbiologiques, dont il nous avait donné les prémices à la Société d'Odontologie de Paris.

Mais la satisfaction que nous rapportons de notre voyage ne puise pas son origine dans des raisons d'un ordre aussi particulariste que celui des intérêts nationaux, mais bien dans la certitude des résultats considérables qui pourront être obtenus pour notre profession avec les comités nouveaux qui viennent d'être constitués définitivement.

La Fédération avait d'abord à adopter son règlement et à constituer son bureau. On a vu qu'elle a maintenu respectivement à la présidence et au secrétariat MM. Godon et Sauvez ; elle a désigné comme vice-présidents MM. Cunningham et Förberg. L'adoption du règlement était une besogne importante, puisqu'elle consacrait définitivement l'existence de la Fédération et en réglait le fonctionnement ultérieur. Sur l'invitation de M. Förberg, de Stockholm, la Fédération a décidé que la prochaine réunion aurait lieu, dans cette ville au mois d'août 1902.

Bien qu'elle ne constituât qu'une annexe de celle de la Fédération, la réunion de la Commission internationale d'enseignement avait une importance capitale, car ce comité représente l'organisation la plus importante de toutes celles qui sont appelées à graviter autour de la F. D. I. L'importance de cette réunion était encore augmentée par le nombre des pays représentés et la valeur des personnalités présentes.

Après avoir constitué son bureau avec M. Brophy, de Chicago, comme président, MM. Paterson, de Londres, Kirk, de Philadelphie, Zsigmondy, de Vienne, comme vice-présidents, et moi-même comme secrétaire, la Commission a ouvert une discussion générale sur

l'enseignement, dans laquelle les divers membres de la Commission ont exposé les grands principes qui leur paraissaient devoir présider à l'établissement des programmes d'enseignement.

Mais, malgré l'importance et la valeur des discours prononcés dans cette intéressante discussion, un discours les a dépassés tous, de l'aveu unanime, par la haute personnalité de son auteur, par l'élévation des idées philosophiques et par sa mise au point précise des besoins de l'enseignement dentaire; ce discours est celui qui fut prononcé à l'ouverture de la séance tenue à l'Université de Cambridge, par le député vice-chancelier Sir Michael Foster, l'éminent professeur de physiologie, et il serait impossible de choisir une meilleure base de travail que ce remarquable discours qui, tout en émanant d'un homme n'appartenant pas à notre profession, n'en constitue pas moins, par la hauteur des idées et la vision très nette des desiderata de notre enseignement, le programme idéal de celui-ci.

Enfin la Commission n'a pas voulu se borner seulement à un échange de vues sur des données générales, elle a voulu se préparer une besogne précise pour sa prochaine session; elle a donc, en terminant ses travaux, choisi un certain nombre de questions qui devront être étudiées dans des rapports soumis par les représentants des divers pays l'année prochaine à Stockholm.

Nous avons dit un mot déjà des brillantes réceptions et des fêtes données par la British Dental Association; mais il ne faudrait pas croire que celles-ci constituassent, quelque brillantes et cordiales qu'elles fussent, le seul programme de la réunion. Cette réunion a été des mieux réussies, tant par le nombre des membres (environ 400 anglais et 60 étrangers) que par la valeur des travaux présentés. De nombreuses communications et de non moins nombreuses démonstrations remplissaient largement des séances fort in-

téressantes, dont notre collaborateur Choquet fera prochainement le compte rendu. Absorbé par les travaux de la Commission d'enseignement, il ne nous a pas été possible de suivre tous ces travaux; néanmoins, il nous a été donné d'assister à quelques démonstrations sur les couronnes, les obturations de porcelaine et de petits procédés de technique intéressants par l'ingéniosité pratique de leurs auteurs : telles la démonstration de M. Dall, de Glasgow, pour la fabrication des meules diamantées et celle de M. Brunton, de Leeds, montrant un procédé rapide pour la confection d'appareils de redressement en caoutchouc vulcanisé.

Nous avons tenu à exposer brièvement, dès le début de ce compte-rendu, le résultat des diverses réunions auxquelles nous venons d'assister. Il nous faut maintenant raconter un peu plus par le menu le voyage que nous venons de faire; seul ce récit pourra montrer combien était sympathique le milieu où nous avons poursuivi nos travaux de même qu'il nous permettra de signaler, chemin faisant, tous les faits intéressants qu'il nous a été possible d'observer, durant ce séjour si plein d'enseignements à tous égards.

Nos premières réunions se sont tenues à Londres à l'Hôtel Cecil, centre général de réunion de la B.D.A. Sur la demande de notre excellent ami Cunningham, qui se multipliait en la circonstance, le Yacht Club Temple avait eu l'obligeance de mettre ses locaux à notre disposition. Dès le premier soir de notre arrivée, le vendredi 2 août, nous étions invités à un dîner offert par le Representative Board et son président M. R. H. Woodhouse, dîner après lequel nous nous rendions à une réception offerte par la Section métropolitaine de la B.D.A. Une brillante assistance se pressait dans les salles de concert et de danse et nous avions le plaisir de retrouver là nombre d'amis du Congrès de Paris et notamment M. Brunton, de Leeds,

le président de la section anglaise du Congrès et président sortant de la B.D.A.

*Le lendemain, matin une adresse du Président de la British Dental Association ouvrait, à l'*Examination Hall, *les séances publiques de la réunion annuelle. Nous avions le plaisir d'entendre, dans cette adresse, le président Hutchinson rappeler le succès obtenu par le Congrès de Paris. L'après-midi, les communications commençaient après un lunch copieux qui n'était que le prélude de nombreux autres, au grand* dam *de notre estomac qui, par suite de l'amabilité de nos hôtes, fut soumis, durant tout notre voyage, à un régime bien fait pour amener sa dilatation par surcharge liquide et alimentaire.*

A cinq heures nous nous rendions au nouvel Hôpital dentaire *de Leicester Square où le doyen, M. Morton Smale, faisait aux membres de la B.D.A. les honneurs du nouveau bâtiment qui vient d'être construit pour remplacer l'ancien hôpital qui se trouvait situé également à Leicester Square, à peu de distance du nouveau.*

Nous avons pu admirer là un aménagement vraiment splendide et qui peut actuellement servir de modèle. Bien que le terrain ne soit pas d'une superficie considérable, il a été admirablement tiré parti de l'emplacement. Les bâtiments sont élevés de cinq étages et tous les services sont organisés d'une façon véritablement remarquable comme lumière, comme confortable et installation matérielle. Certes ce n'est pas sans un regard d'envie que, nous autres Français, nous voyions tous ces beaux laboratoires de prothèse, de chimie, d'histologie, ces salles de clinique si parfaitement agencées, et, il convient de féliciter les administrateurs du nouvel Hôpital dentaire des remarquables efforts qu'ils ont faits pour édifier ce nouveau bâtiment. On aura une idée de l'importance de celui-ci par la somme qu'il a coûté et qui est, paraît-il, de 50,000 livres (1.250.000 francs). Une partie de cette

somme a été couverte par une souscription publique et le reste par un emprunt qui sera amorti par une nouvelle souscription.

Le soir, une nouvelle réception nous attendait à South Kensington, à l'Université de Londres, où nous accueillait le nouveau président de la British Dental Association, M. S. J. Hutchinson, qui fut pour nous tous d'une amabilité charmante durant tout notre séjour, ainsi du reste que tous les membres du bureau et en particulier notre excellent ami W. B. Paterson, le dévoué secrétaire de l'Association qui, le lendemain, nous recevait à un lunch où l'abondance des mets le disputait à la cordialité de notre hôte.

Durant ce temps le Conseil exécutif de la Fédération avait activement mis la dernière main aux préparatifs des réunions de la Fédération dentaire internationale, la F.D.I., suivant l'abréviation adoptée.

Le dimanche matin 4 août, la Fédération tenait sa première réunion, à l'issue de laquelle se tenait également la première réunion de la Commission internationale d'enseignement. Ces deux comités se réunirent successivement le lundi et le mardi suivant à Londres; on lira dans le prochain numéro le compte rendu de leurs séances, mais nous devons signaler ici le grand nombre de représentants des divers pays qui avaient tenu à assister à cette première réunion.

A la Fédération, les neuf membres[1] *étaient présents.*

A la Commission d'enseignement, vingt-quatre délégués étaient venus, représentant seize pays différents d'Europe et d'Amérique. Outre les membres de la Fédération, qui en faisaient partie de droit, cette Commission comptait, comme membres titulaires, MM. Brophy (Chicago), Bryan (Bâle), Haderup (Co-

---

1. MM. Aguilar (de Madrid), Cunningham (de Cambridge), Förberg (de Stockholm), Frank (de Vienne), Godon (de Paris), Grevers (d'Amsterdam), Harlan (de Chicago), Hesse (de Leipzig), Sauvez (de Paris).

penhague), Kirk (Philadelphie), Paterson (Londres), Queudot (Paris), Rosenthal (Bruxelles), Roy (Paris), Sauvez (Paris), Zsigmondy (Vienne) et comme membres adjoints, MM. Baruch (Bruxelles), Huet (Bruxelles), Pearson (Toronto), Quarterman (Bruxelles), Viau (Paris), Weiser (Vienne).

Si l'on songe que tous ces délégués sont des hommes occupant des situations professionnelles importantes dans leur pays et que, pour s'occuper uniquement des intérêts généraux de leur profession, la plupart d'entre eux avaient dû faire un long voyage, quelques-uns même un déplacement considérable, comme nos confrères d'Amérique, on aura une idée de l'importance que les confrères du monde entier attachent à ces réunions internationales. Même au point de vue purement humain, il convient de se féliciter vivement de l'intérêt que suscitent les questions qui y sont abordées, car de leur discussion et de leur solution, simplement sur le terrain étroit des intérêts corporatifs, résulte un pas important vers cette fraternité universelle entrevue par les utopistes qui, nous l'espérons, finiront bien par avoir raison un jour.

Nous eûmes le plaisir de passer l'après-midi du dimanche à South Hall chez M. Mummery notre savant confrère qui nous fit, avec la plus grande amabilité les honneurs de sa maison de campagne, une vieille et artistique demeure du XVI[e] *siècle.*

Le lundi soir, la British Dental Association nous conviait à son banquet annuel où de nombreux toasts furent portés par le président M. S. J. Hutchinson, Sir James Crichton Browne, James Smith Turner, H. G. Howe, président du collège royal des chirurgiens, etc. Nous avons dit l'ovation qui fut faite à la France lors du toast de M. Lloyd Williams aux hôtes de la B.D.A.; ce sont là des souvenirs particulièrement touchants lorsqu'on se trouve à l'étranger. Notre directeur et ami Godon et notre excellent confrère

Kirk, de Philadelphie, ont répondu à ces toasts en remerciant de l'accueil fait à tous les invités et en buvant à la prospérité de la British Dental Association. *Un charmant concert terminait cette excellente soirée.*

Le mardi, la B.D.A. tenait sa dernière réunion et clôturait ses travaux par une excursion en bateau sur la Tamise à Greenwich et à Woolwich, nous permettant d'admirer la vie si intense de ce fleuve avec ses docks immenses, la multitude de bateaux qui le sillonnent et aussi la vue de la campagne de Greenwich avec son splendide parc et son château.

Il avait été décidé que la dernière séance de la Fédération et de la Commission internationale d'enseignement se tiendrait à Cambridge où Sir Michael Foster, député vice-chancelier et professeur à l'Université de Cambridge, avait bien voulu accepter de présider nos travaux. Cette journée, tout entière consacrée à l'étude des questions passionnantes de l'enseignement, a été le digne couronnement de nos travaux et c'est au milieu d'un enthousiasme, que seuls comprendront ceux qui eurent la bonne fortune d'y assister, que cette réunion s'est tenue dans le cadre unique au monde que constituait cette merveilleuse ville de Cambridge.

*A onze heures, dans l'amphithéâtre d'*University Museum, *devant plus de soixante délégués venus à Cambridge et plusieurs professeurs de l'Université, MM. Taylor, Woodhead, etc., se tenait la séance publique de la Fédération. Sir Michael Foster, après de cordiales paroles de bienvenue, ouvrait la séance par la remarquable adresse dont nous avons déjà parlé plus haut, mais de laquelle nous nous plaisons encore à dire la haute portée philosophique et le grand bon sens. Aussi, c'est par des salves d'applaudissements longuement répétées que l'assemblée en a accueilli la péroraison. M. Godon a développé après lui les idées générales sur l'éducation d'après Herbert Spencer, et leurs ap-*

plications à l'éducation dentaire, puis la séance a été suspendue pour assister à un lunch offert par Sir Michael Foster, à Trinity Collège, *où nous nous rendions en traversant une partie de la ville, au milieu des collèges et des prairies verdoyantes qui les entourent.*

Parmi les merveilleux palais qui constituent les collèges de Cambridge, Trinity College est certainement un des plus remarquables par son ancienneté, son étendue, son architecture si curieuse et par les souvenirs qu'il évoque, puisque c'est là qu'étudièrent Newton, Bacon, Byron, et quantité d'hommes illustres dans les sciences ou dans les lettres. C'est dans ces vieux et splendides bâtiments, dans une salle ornée de portraits anciens d'élèves et de professeurs célèbres qu'on servit, dans la vaisselle d'argent du Collège, un lunch des plus copieux, où l'excellence et l'ancienneté des vins, si l'on n'y eût pris garde, eut été peu propices à la continuation de la seance commencée le matin.

Après le lunch et la photographie de la réunion dans les jardins, réunion dans le Hall du Trinity College, une splendide salle du XVI[e] siècle, ornée de superbes vitraux, où avait lieu, sous la présidence de Sir Michael Foster, la seconde partie de la séance publique. Dans cette séance, les représentants des diverses nationalités prirent la parole pour exposer leurs idées sur les meilleures conditions d'organisation générale des études dentaires. Nous eûmes la bonne fortune d'y voir un certain nombre de notabilités, comme le D[r] Griffiths, chirurgien de l'hôpital de Cambridge, le professeur Woodhead, prendre la parole pour nous apporter les conseils de leur expérience en matière d'enseignement. Cette séance, dont nous publierons ultérieurement le compte rendu sténographique, constituera certainement avec celle du matin une des plus belles pages de la vie professionnelle internationale.

A cinq heures, la séance publique prenait fin. La

Fédération et la Commission d'enseignement se réunissaient alors en comité pour clore leurs travaux, tandis que les invités de la Fédération se rendaient à une charmante garden party à Merton Hall, *la propriété de notre excellent ami Cunningham qui avait été le principal organisateur de la réception de Cambridge.*

A sept heures et demie, banquet de la Fédération dentaire internationale, servi au Downing College, *à l'issue duquel un grand nombre de toasts étaient portés à la Fédération dentaire internationale, à l'Université de Cambridge et à notre excellent président, Sir Michael Foster, dont nous avions pu apprécier, tant par ses diverses allocutions, que par les conversations particulières, le grand esprit et les hautes qualités de cœur, et c'est par des acclamations enthousiastes que l'assistance a fêté l'homme éminent qui, suivant le mot heureux de notre ami Godon dans son toast, avait bien voulu tenir notre jeune Fédération sur les fonts baptismaux.*

A onze heures, le banquet prit fin après que, suivant un antique usage de Downing College, on eut passé aux assistants de l'eau de rose dans une magnifique aiguière d'argent, et les convives se rendirent alors de nouveau à Merton Hall dans le jardin superbement illuminé de notre ami Cunningham. Par une heureuse coïncidence, nous avions, ce soir-là, le plaisir de fêter le jubilé de ce vieux pionnier de l'Art dentaire, que son humeur voyageuse avait amené à porter la bonne parole dans toutes les réunions internationales. Il avait su nouer dans celles-ci, grâce à ses grandes qualités et à son amabilité, des liens amicaux avec les confrères du monde entier. Aussi, est-ce du fond du cœur que ses amis de tous les pays, rassemblés justement ce soir-là, sont venus le féliciter et lui apporter leurs vœux de longue vie et de prospérité dans une fête qui s'est prolongée jusqu'à une heure avancée de la nuit avec musique et danses.

Les travaux de la Fédération étant achevés, le lendemain fut consacré à la visite de cette ville si intéressante de Cambridge qui demanderait à elle seule un long article et, à deux heures, nous nous rendions à Addenbrooke's Hospital *où le Dr Griffiths, dont on a apprécié l'aimable hospitalité avait prié le Dr Brophy d'opérer un enfant de deux mois atteint de bec-de-lièvre par son nouveau procédé particulier d'uranoplastie.*

Tous ceux qui ont assisté au Congrès de Paris se rappellent sans doute la remarquable communication du Professeur Brophy au sujet de son nouveau procédé de staphylorraphie; malheureusement il n'avait pas été possible de voir exécuter cette opération à Paris à cette époque. Cela a donc été pour nous une bonne fortune inappréciable que de pouvoir assister, autrement que sur des modèles, à une opération de ce genre qui nous avait si fort émerveillé l'année dernière au Congrès. Nous avons pu, là, admirer l'habileté chirurgicale remarquable de notre savant confrère, qui a effectué son opération avec une précision et une dextérité que peut seul posséder pour les opérations buccales un homme accoutumé à pratiquer les opérations délicates de la dentisterie opératoire et de la prothèse dentaire. Il nous a été possible de nous assurer de visu *que l'opération du Professeur Brophy est bien réellement, telle qu'elle apparaissait dans sa communication et dans ses démonstrations sur le modèle, une opération remarquable à tous égards et qui doit remplacer dorénavant toute autre intervention dans le bec-de-lièvre congénital. Nous sommes vraiment heureux de penser que cette nouvelle opération, appelée à révolutionner d'une façon si heureuse le traitement de cette déplorable affection, est due à un homme qui revendique hautement son titre de dentiste, sans vouloir, à aucun prix, le remplacer par une étiquette stomatologique, que tant d'autres, qui n'y ont aucun droit, s'efforcent de s'accoler.*

Le spectacle de cette brillante opération, qui émerveilla tous les assistants, était un complément vraiment heureux de notre voyage et c'est en nous communiquant notre admiration réciproque, qu'à l'issue de celle-ci, nous regagnâmes Londres, d'où nous devions repartir le soir même pour Paris.

Comme je le disais en commençant cet article, nous venons de passer là une semaine inoubliable et nous rapportons de ce voyage une des satisfactions les plus grandes que l'homme puisse éprouver, la certitude d'avoir travaillé pour la grandeur et l'avenir de sa profession. Au sortir du banquet de Downing College, tandis que nous nous rendions en voiture au jubilé de notre ami Cunningham, nous échangions nos impressions sur les événements de la journée et Kirk, nous rappelant les luttes passées pour l'union et le progrès professionnel, nous disait, citant une parole de la Bible *: « Je puis partir heureux, j'ai vu la Terre Promise », à quoi Godon ajoutait : « Nous devons rapporter de ce voyage encore un plus grand amour de notre art, s'il est possible, puisque c'est lui qui nous permet d'éprouver des satisfactions comme celles que nous éprouvons aujourd'hui. » Je ne saurais mieux terminer que par ces paroles, échangées par deux hommes également épris de leur profession, et qui résument, mieux que tout commentaire le résultat de la première réunion de la F. D. I.*

Dr MAURICE ROY.

CONGRÈS D'AJACCIO

SECTION D'ODONTOLOGIE CRÉÉE PAR L'ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Sous ce titre nous trouvons dans le *Dental Cosmos* du mois d'août l'article suivant, que nous sommes heureux de reproduire, car il exprime bien la conception qui a présidé à la création de la section d'odontologie.

Nous lisons dans *L'Odontologie* du 15 mars l'annonce d'un Congrès dentaire qui se tiendra à Ajaccio (Corse) du 8 au 14 septembre 1901. Cet événement a plus qu'une importance ordinaire, non pas autant par ce qui peut être fait dans cette réunion que par ce que représente le mouvement qui a donné lieu à cette réunion. A la suite du 3e Congrès dentaire international de Paris de 1900, grâce à l'intervention de quelques-uns des promoteurs de ce Congrès, notamment du Dr Godon et de ses collègues, le Conseil de l'Association française pour l'avancement des sciences a créé une section d'odontologie, dont la première session aura lieu comme il vient d'être dit.

La reconnaissance de l'importance de l'odontologie par une société scientifique ayant le caractère qui est universellement accordé à l'Association française est un événement dont la profession dentaire peut être fière. Pour établir un parallèle qui sera peut-être mieux compris en Amérique, nous dirons que la création de cette section est pour la dentisterie en France ce que la création d'une section d'odontologie dans l'Association américaine pour l'avancement des sciences serait pour les dentistes américains. C'est la reconnaissance officielle de l'importance de l'odontologie comme une branche distincte de la biologie, et ayant comme champ d'action l'étude et la recherche de tout ce qui se rattache aux dents, à la fois chez l'homme et chez les êtres organisés d'un ordre inférieur. Si nous ne nous trompons, la section d'odontologie nouvellement créée ne se bornera pas à l'étude de l'odontologie au point de vue du praticien ; ce n'est pas la dentisterie comme profession, mais la dentisterie comme science dans sa conception la plus large en tant qu'odontologie qui formera la base principale de l'étude de cette section.

Il convient de féliciter nos confrères français de cette reconnaissance nationale de l'importance de leur champ de travail, et ceux qui ont mené à bien la création de cette section méritent la gratitude des

praticiens du monde entier pour avoir conçu et exécuté avec succès ce projet méritoire.

ADHÉRENTS[1]

MM. Aguilar, de Madrid.
Dr Amoëdo, de Paris.
Astié, de Paris.
Bioux, de Paris.
Bonnard, de Paris.
Bruel de Paris.
Brugeille, de Bordeaux.
Choquet, de Paris.
Coignard, de St-Symphorien.
Cunningham, de Cambridge.
D'Argent, de Paris.
Delair, de Nevers.
de Marion, de Paris.
de Trey, de Londres.
Devoucoux, de Paris.
Ducournau, de Paris.
Fabre, de Paris.
Fresnel, de Paris.
Dr Frey, de Paris.
Frison, de Paris.
Gillard, de Paris.
Dr Godon de Paris.
Gross, de Constantine.
Guillot, de Paris.
Harwood, de Lyon.
Heïdé, de Paris.
Hervochon, de Paris.
Hivert, de Paris.
Kelsey, de Marseille.
Lemerle, de Paris.

MM. Loup, de Paris.
Martinier, de Paris.
Mendel-Joseph, de Paris.
Meng, de Paris.
Neech, de Paris.
Ott, de Paris.
Papot, de Paris.
Paulme, de Paris.
Dr Pont, de Lyon.
Pylmier, de Paris.
Dr Queudot, de Paris.
Richard-Chauvin, de Paris.
Rodolphe, de Paris.
Dr Rolland, de Bordeaux.
Rollin, de Paris.
Ronnet, de Paris.
Roubien, d'Hyères.
Dr Roy, de Paris.
Rozenbaum, de Paris.
Dr Sauvez, de Paris.
Sautier, de Mantes.
Seigle, de Bordeaux.
Dr Siffre, de Paris.
Stévenin, de Paris.
Thuillier, de Rouen.
Touvet-Fanton, de Paris.
Viau, de Paris.
Vichot, de Lyon.
Weber, de Paris.

ORDRE DES TRAVAUX

1° Anatomie, physiolologie et histologie spéciales.
2° Pathologie spéciale, bactériologie.
3° Dentisterie opératoire, thérapeutique spéciale.

---

1. Nous rappelons à nos confrères qu'ils peuvent emmener avec eux les membres de leur famille ; mais s'ils veulent jouir des avantages accordés aux congressistes, ils doivent les faire inscrire comme adhérents à l'AFAS et payer la cotisation afférente à cette qualité, soit 20 fr.

4° Anesthésie générale et locale.
5° Prothèse, orthopédie dentaire et restaurations faciales.
6° Enseignement de l'art dentaire.
7° Histoire de l'art dentaire. Législation, jurisprudence, déontologie.
8° Hygiène et services dentaires publics.

Dimanche 8 *septembre, après-midi.* — Séance d'ouverture.

Lundi 9 — *matin.* — 1° et 2°.

Dr Frey. — Contribution à l'étude de la sialo et de l'urino-séméiologie.

Dr Siffre. — La migration spontanée des dents. Contribution à l'étude des anomalies dentaires.

Mendel-Joseph. — Des conditions de la sensibilité de la dent.

Choquet. — Contribution à l'étude de l'arrêt de la carie dentaire.

Dr Amoedo — 1. Epulis. Leur traitement à leur début par le chirurgien-dentiste.
2. Sinusites maxillaires. Leur traitement par le chirurgien-dentiste : *a*, à l'état de collection du sinus ; *b*, à l'état de végétation ; *c*, à l'état de nécrose des parois.
3. Les dents du pithecanthropus erectus de Java.

Mardi 10 *septembre, matin* — 3° et 4°.

Dr Pont. — Pathogénie et traitement de la pyorrhée alvéolo-dentaire.

Richard-Chauvin. — Technique des obturations de porcelaine.
— Du traitement des dents mortes par l'air surchauffé.

Dr Rolland. — De l'anesthésie générale au point de vue théorique en chirurgie générale et en chirurgie dentaire.
— De l'anesthésie générale au point de vue pratique en chirurgie générale et chirurgie dentaire.

Kelsey (de Marseille). — Présentation d'une seringue de son invention spécialement à l'usage des médecins et dentistes.

Mercredi 11 *septembre, matin.* — 5°.

Delair. — Méthode nouvelle de prothèse restauratrice vélo-palatine. Spécimens des différents appareils.

Martinier. — Traitement prothétique des fractures du maxillaire inférieur.

Seigle. — De l'unification des méthodes de redressement à propos d'un cas.
— Des diverses applications de fourneaux à porcelaine et des avantages qu'on en peut attendre.

Touvet-Fanton. — Le problème relatif à la dispense du parallélisme des soutiens multiples dans les appareils de restauration inté-

ressant les maxillaires. Sa résolution. Conséquences sur l'hygiène et sur le jeu physiologique des organes intéressés.

Vendredi 13 septembre, matin. — 6°, 7° et 8°.

Dr Rolland. — De la réforme de l'enseignement dentaire.

Seigle. — La méthode à suivre dans l'enseignement de la prothèse théorique des écoles dentaires.

Dr Sauvez. — Contribution à l'étude de l'hygiène dentaire publique.

Vendredi 13 septembre, après-midi. — Séance de démonstrations.

Roubien. — Démonstration d'un nouvel appareil électrique s'appliquant à l'extraction des dents sans douleur.

L. Richard-Chauvin. — Obturation de porcelaine.

— Traitement des dents mortes par l'air surchauffé.

G. Ott. (de Paris). — Présentation et démonstration d'appareils nouveaux pour l'art dentaire et l'art médical.

C. de Trey (de Londres). — Etudes et essais sur les dents du 20e siècle.

Vendredi soir. — Dîner de la molaire (*Les dames pourront y prendre part*).

Samedi 14 septembre. — Clôture du Congrès. Assemblée générale.

Local du Congrès.

Le Congrès se tiendra dans les locaux du Collège Fesch, rue Fesch, à Ajaccio (Corse), où doit être adressé tout ce qui a trait au Congrès ou aux membres qui y participent.

Fédération dentaire nationale.

Ainsi que nous l'avons déjà annoncé, la prochaine réunion de la F. D. N. se tiendra à Ajaccio; elle a été fixée au mardi 10 septembre, l'après-midi, avec l'ordre du jour suivant :

1° Procès-verbal, correspondance ;

2° Vérification des pouvoirs des délégués ;

3° Rapport de M. le Dr Sauvez, secrétaire général ;

4° Rapport de M. P. Stévenin, secrétaire adjoint, trésorier ;

5° Des rapports de l'enseignement dentaire avec les pouvoirs publics ;

6° Des examens et du diplôme de chirurgien-dentiste ;

7° Service militaire des dentistes ;

8° Nomination du comité exécutif pour l'année 1901-1902 ;

9° Vœux et propositions diverses.



SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

De l'intervention et de l'influence des sensations auditives, en particulier des sensations musicales, dans l'anesthésie opératoire.

Par le Docteur J.-V. Laborde (de Paris),
Membre de l'Académie de Médecine.

I

Je demande à l'Académie la permission de lui soumettre quelques considérations sur un sujet dont l'intérêt de curiosité du premier abord peut revêtir et prendre, ainsi que je vais essayer de le montrer, un véritable intérêt scientifique, et, qui plus est, d'application pratique.

Il s'agit de l'intervention des sensations auditives — et en particulier des sensations musicales — dans l'anesthésie opératoire, question dont j'avais eu déjà l'occasion de m'occuper, il y a longtemps, dès le début de mon internat et de mes études cliniques dans les hôpitaux ; à un point de vue plus général, de l'intervention des sensations musicales provoquées, dans le traitement de certaines maladies, notamment les maladies nerveuses et mentales, mais qu'une nouvelle et toute récente occasion m'a amené à reprendre dans le cadre que je me propose de limiter, aujourd'hui, à cette communication :

Le rôle des *sensations auditives musicales dans l'anesthésie opératoire.*

Qu'il me soit permis, tout d'abord, de rappeler la circonstance qui a été le point de départ, et en même temps la base de cette étude.

II

Un chirurgien-dentiste, diplômé de la Faculté de Médecine de Paris (cette mention et ce titre importent à mon intervention), M. Drosner est venu me demander, s'adressant au physiologiste, ce que je pensais d'un procédé d'*avulsion dentaire*, dont il est l'inventeur; et s'il n'y avait pas lieu, dans un intérêt public, et qu'elle qu'en fût, d'ailleurs, l'interprétation théorique, de le faire connaître.

A peine m'en avait-il fait part, que j'étais de son avis ; et sa connaissance et son étude plus approfondie me confirmèrent dans la pen-

sée et le projet de le porter, comme il m'en semblait digne, à cette tribune, ce que je viens faire aujourd'hui.

Ce n'est pas, en effet, un procédé banal, et à l'égard duquel il convient de se montrer indifférent, que celui qui consiste à pratiquer l'arrachement d'une, deux, trois, quatre, cinq dents et plus... sans douleur et — qui plus est — en *musique.*

Oui, Messieurs, en musique... de façon à charmer les oreilles du patient, au lieu de lui infliger l'appréhension, parfois invincible, et trop souvent, l'horrible — quelque rapide et instantanée qu'elle soit— douleur de la réalisation.

Comment procède M. Drosner et comment a-t-il été conduit à cette méthode ?

Le voici :

En soumettant ses patients à l'anesthésie par le *protoxyde d'azote*, bien que, grâce à certaines modifications techniques de l'administration de la substance gazeuse, et surtout grâce à sa pureté chimique rigoureusement surveillée, il n'eût pas éprouvé d'accidents, il observait constamment — ce qui n'était pas nouveau, d'ailleurs — au moment des effets anesthésiques, des manifestations psychiques, de nature habituellement *terrifiante*, avec cris et agitation, se poursuivant encore un temps plus ou moins long après l'opération ; et comme il pratiquait celle-ci auprès d'une fenêtre donnant sur la rue, il avait remarqué que les rêves terrifiants se rapportaient toujours à des bruits plus ou moins intenses et rapprochés, provenant de l'extérieur, tels, surtout, que le bruit des voitures; en sorte que les patients se sentaient rouler et écraser sous celles-ci, et vociféraient de la façon terrifiante que je viens, encore une fois, d'indiquer.

Il résultait clairement de cette observation que l'origine des manifestations, des troubles psychiques en question qui, en somme, viennent compliquer la situation opératoire, tant du côté de l'opéré que de l'opérateur, est une origine *auditive*; et que c'est la sensation auditive qui exerce, d'ailleurs, dans des conditions physiologiques éminemment favorables, celles de l'hyperexcitabilité réflexe, durant le sommeil anesthésique, une influence prédominante sur l'état de rêve, provoqué par l'inhalation gazeuse.

De là, — pour un observateur perspicace, et M. Drosner a montré, en cette circonstance, qu'il était de ceux-là — à penser qu'en modifiant la cause occasionnelle de la sensation, on pourrait changer, à l'avenant, la nature du trouble fonctionnel qui en est la conséquence, il n'y avait qu'un pas ; et ce pas fut vite franchi par l'idée et l'application suivantes :

Substituer, autant qu'il est possible, aux bruits accidentels du dehors, des bruits agréables, tels que des bruits harmoniques, musicaux, offerts à l'oreille et à la sensation auditive du patient, durant l'anesthésiation.

Je néglige les tâtonnements et les essais de réalisation de l'idée ainsi conçue, à l'aide d'une *boîte à musique* placée à proximité du champ opératoire et du patient, pour arriver tout de suite, à la véritable application pratique, qui a donné et fournit journellement les résultats les plus remarquables, auxquels, ainsi que je vais le redire, — je me suis fait un scrupule d'assister, avant d'en parler.

C'est, — il vous a été aisé de le pressentir, — le *phonographe* qui fait les frais, et qui s'offrait comme l'instrument le mieux approprié à cette pratique, dont le dispositif, des plus simples, est le suivant :

Un *phonographe* à musique, lequel peut être, à ce point de vue, du modèle le plus perfectionné (ce n'est pas, je dois le dire, le cas de celui qui est actuellement mis en usage par M. Drosner), est placé dans une pièce, immédiatement voisine du cabinet d'opération, celle où se trouve, en même temps, disposé le gazogène anesthésique au protoxyde d'azote.

Le phonographe est pourvu de deux conducteurs téléphoniques, reliés à deux coquilles auditives, facilement et instantanément adaptables au pavillon des oreilles du patient, lequel, aussitôt qu'il s'assied dans le fauteuil opératoire, et qu'il reçoit le masque facial pour l'anesthésie, est mis, en même temps, en communication auditive, directe, avec le phonographe lui chantant, sans discontinuité, un air musical.

Au bout d'*une* minute, à peine, en moyenne, le moment psychologique de l'anesthésie se produit (selon des signes caractéristiques, sur lesquels je reviendrai tout à l'heure), et, tout aussitôt, l'opérateur procède à l'opération, soit unique, soit multiple... pendant que continue l'audition musicale.

En quelques secondes, une minute, une minute et demie au plus, rarement davantage (selon les contingences, les imprévus de l'opération) celle-ci est terminée ; le patient ouvre de grands yeux, étonnés, qu'il promène, un instant, autour de lui, et reprend immédiatement la conscience, avec une expression, plus ou moins variable, selon l'individualité du caractère et de la prédisposition ; mais, constamment, sans exception, dans la situation d'esprit, la situation psychique, qu'exprime bien la réponse stéréotypée à la question suivante :

« Eh bien, êtes-vous prêt, voulez-vous que j'arrache votre dent ?

— Oui, monsieur, je veux bien...

— Mais... la voilà votre dent (ou vos dents, s'il y en a plusieurs), elle est arrachée... Vous n'avez donc rien senti ?

— Rien du tout.., J'ai seulement entendu de la musique... »

Et alors, on assiste, j'y ai assisté avec mon ami, le docteur Capitan, au spectacle curieux, de cette variabilité individuelle, de la sensation auditive, et de son expression respective.

Un sujet, étranger, homme du Nord, un peu froid et compassé, déclare, sans s'émouvoir, qu'il n'a pas ressenti la moindre douleur,

mais qu'il n'a cessé d'entendre un air de musique, sans autre phénomène.

Puis, vient une jeune femme qui, dès le réveil, éclate de rire, en disant combien elle vient de s'amuser, en dansant, tout le temps, sous l'air de musique qu'elle n'a cessé d'entendre ; en ce cas, du moins, se trouve exceptionnellement justifiée l'épithète d'*hilarant* appliquée, par son créateur, au protoxyde d'azote, dont l'action s'est plutôt, et habituellement, manifestée, dans la pratique, sous la forme attristante et larmoyante.

Une autre, d'excessive nervosité, certainement d'origine hystérique, se livre, dès le réveil, à quelques manifestations expressives, d'ordre passionnel, mais déclare, complètement revenue à elle, qu'elle n'a ressenti aucune douleur, et qu'elle a fait un rêve uniquement musical.

Une quatrième, qui a déjà subi deux opérations semblables, et qui n'en a conservé que le souvenir *musical* des plus agréables, vient, avec une entière confiance et une expression de gaîté, au lieu de l'appréhension et, tranchons le mot, de la terreur habituelles, se livrer aux mains de l'opérateur, pour purger sa bouche des derniers chicots qui l'encombrent et la font souffrir.

Et ainsi se fait, *ne varietur*, sous nos yeux, le défilé des patients soumis à ce procédé.

En dehors de notre observation et de nos témoignages personnels, il est curieux de constater sur le registre de l'opérateur, qui les compte par milliers, les attestations écrites de ces patients qui, à côté de leur témoignage de gratitude, accusent, d'une façon constante, quoique plus ou moins variée dans son expression imagée, les sensations agréables provoquées par l'audition musicale, sans rêve, sans cauchemar, et l'absence de toute perception douloureuse, pendant l'arrachement dentaire, unique ou multiple (il en a été fait, dans ces conditions, jusqu'à quatorze en une séance).

III

Tel est le procédé ; tels sont ses résultats.

Avant d'en interpréter le mécanisme, je dirai un mot, qui n'est pas sans intérêt, d'un phénomène qui se produit, invariablement, juste au moment où le masque aspirateur du gaz anesthésique est enlevé, et où recommence la respiration normale de l'air ambiant.

La face prend instantanément la coloration *cyanosée*, qu'elle n'avait pas jusqu'alors, et qui, d'ailleurs, se dissipe bientôt dans le laps de temps habituel d'une minute à une minute et demie que durent l'opération et l'inconscience ; car, au bout de ce temps de très courte durée, le patient, après quelques secondes à peine d'étonne-

ment, revient à lui, sans le moindre doute de ce qui vient de se passer, ne conservant, je le répète, que le souvenir de la sensation musicale, qu'il vient d'éprouver.

Pourquoi cette cyanose passagère juste au moment où se rétablit la respiration normale, et où cesse l'administration du protoxyde d'azote ? Quel en est le mécanisme ?

Faut-il l'imputer à l'intervention brusque de l'oxygène, et à une réaction d'ordre chimique, au contact du gaz anesthésique dans l'organisme ? Des chimistes autorisés, auxquels nous avons eu l'occasion de soumettre la question, nous ont répondu que le *protoxyde d'azote* se trouve être le composé le plus indifférent à une réaction de cette sorte.

Quant à nous, après une observation attentive du fait, et après y avoir réfléchi, nous ne serions pas éloigné de penser qu'au moment dont il s'agit, il y a un degré d'*apnée* suffisant, à la suite de la défense et des difficultés respiratoires que provoque l'aspiration du gaz étranger à la fonction, suffisant, dis-je, pour engendrer l'état cyanique en question, d'ailleurs très passager, et ne laissant aucune trace.

IV

Quoi qu'il en soit de ces signes extérieurs accessoires, les résultats du procédé, tel que je viens de les exposer, demeurent constants, et il me reste à en essayer l'interprétation physiologique.

Ce n'est pas d'aujourd'hui que dans un but thérapeuthique, ou d'atténuation de la douleur, on a eu l'idée de faire intervenir la musique, soit chorale, soit instrumentale ; et si j'en avais ici le loisir, je pourrais vous présenter, après notre regretté collègue Ferrand, dont vous n'avez pas oublié, sans doute, la savante communication sur ce sujet, un historique intéressant de la question.

Je me bornerai, pour ne pas abuser des instants de l'Académie ; à rappeler brièvement les observations que j'ai eu l'occasion de faire moi-même, à ce sujet, et qui se sont surtout produites dans le champ le mieux approprié, du reste, à cette étude des maladies mentales et nerveuses.

C'est sous un Maître, très amateur de musique lui-même, et aliéniste de premier ordre, Moreau (de Tours,) que j'ai été amené à Bicêtre, à m'occuper de cette question, dans la conviction que l'audition musicale était capable d'exercer une influence efficace et salutaire sur l'évolution de certaines affections mentales, en particulier, celles qui déterminent de violents paroxysmes d'excitation cérébrale, et qui procèdent, en nosologie mentale, de la manie aiguë. Moreau (de Tours) avait institué et organisé des séances régulières, hebdomadaires, ou de quinzaine, de musique, soit avec chœurs, soit avec

orchestre, auxquelles il faisait assister le plus grand nombre des malades de son service, ceux-là surtout qui, dans leur état d'éréthisme et d'excitation, lui paraissaient avoir un besoin plus pressant d'être calmés, et devoir tirer un profit plus immédiat de ce qu'il appelait la « douche musicale ».

Or, s'il est vrai, et c'est là un fait d'observation que j'ai constamment noté, avec tous ceux qui ont assisté à ces séances, et avec le Maître lui-même, si la « douche » en question exerçait, principalement lorsqu'elle était appliquée pour la première fois, un premier effet, d'étonnement et d'arrêt, sur les spectateurs et auditeurs *agités*, cet effet n'était pas de longue durée ; et en dépit des chants les plus harmonieux, ou des exécutions orchestrales les plus mélodieuses, l'excitation prenait le dessus, parfois même s'exaspérait ; et bientôt ses manifestations, en des cris et des vociférations les plus violents et les plus incohérents, faisaient d'un concert intentionnellement et réellement musical, la plus horrible des cacophonies.

Toutefois, quelques rares malades, les moins prédisposés, les moins agités, et d'une tendance plus ou moins marquée vers l'amélioration ou la curabilité, semblaient éprouver une réelle et heureuse influence de cette intervention harmonique ; et c'est ce résultat, quelque mince qu'il fût, qui portait et encourageait Moreau à persister dans son entreprise thérapeutique.

Il s'agissait là, qu'on veuille bien le noter, d'une provocation, à distance, de sensations auditives, musicales.

Or, il y avait à se demander, et c'est ce que je ne tardai pas à faire, si, en portant directement, sur le sujet lui-même, à son contact, la source de la sensation en question, en le mettant en situation d'éprouver, directement, les *vibrations* d'un instrument de musique, comme s'il en jouait lui-même, d'un instrument à cordes, par exemple, prenant contact avec lui, tel, surtout, le violon, il n'en éprouverait pas, en son état maladif, une influence plus réelle, plus efficace et plus durable.

De cette idée à sa réalisation il n'y avait, pour moi, qu'un pas, car, je pratiquais, alors, surtout alors, le violon ; je m'empressai de faire l'essai, suivant sur un maniaque, très agité, mais abordable et assez obéissant pour se prêter à l'expérience.

Je plaçai l'instrument, en position, sous son menton, comme sur soi-même, et, me tenant derrière lui, j'exécutai, de mon mieux, un air des plus vibrants ; l'effet était immédiat, et frappant par l'espèce d'étonnement tranquille, calme, et persistant, non seulement durant l'exécution, mais encore après ; et de telle sorte que le malade redemandait, lui-même, avec insistance, la reprise et la continuation de l'expérience.

Et non seulement le premier qui en fut l'objet, mais aussi la plu-

part de ceux qui se trouvaient dans les mêmes conditions maladives.

Quelque encourageant que fût ce résultat, il n'était pas possible, on le comprend sans peine, d'en poursuivre pratiquement la réalisation ; l'exécutant ayant à se multiplier et à s'y consacrer d'une façon, en effet, impraticable.

Mais il était facile d'y puiser cette démonstration qui, pour moi, du moins, j'en donne aujourd'hui la preuve, n'a pas été perdue : c'est que, pour exercer une influence réelle, efficace, dans l'ordre des sensations générales, et surtout auditives, de la nature de celles dont il s'agit, il faut que la sensation provienne et procède de l'application la plus directe, la plus immédiate possible de la source du son musical, c'est-à-dire de l'instrument qui le produit.

Or, nous sommes, aujourd'hui, en possession d'un *instrument automatique* qui permet, de la plus simple et de la plus facile manière, cette réalisation.

On a nommé le PHONOGRAPHE, qui trouve là, parmi tant d'autres, une nouvelle application et une des plus utiles.

Je viens d'en donner un exemple topique, et des plus éloquents en ses résultats ; et leur interprétation, en ce qui concerne l'application spéciale, qui a été l'occasion de cet exposé, se déduit facilement, et à la fois, des faits eux-mêmes et des considérations qui précèdent.

V

Il s'agit, en somme, d'une influence *psycho-physiologique* directement exercée sur les centres perceptifs des sensations auditives ; sensations particulières, dans l'espèce, d'ordre musical, lesquelles ont pour effet de modifier, dans un sens favorable, il est permis de dire agréable, l'action psychique de la substance anesthésiante, en substituant à la provocation du rêve terrifiant celle du rêve musical harmonieux.

N'est-ce pas là, précisément, que l'on me permette cet à-propos de circonstance, n'est-ce pas là le rêve de l'anesthésie opératoire : non seulement éviter la douleur, objectif essentiel, mais, en plus, donner à l'opéré des sensations agréables ?

Je me suis demandé, dans cet ordre d'idées, m'y croyant autorisé, s'il n'y a pas lieu, à la suite d'une démonstration appuyée, à la fois, sur des faits péremptoires et sur une interprétation rationnelle, s'il n'y a pas lieu d'étendre la méthode à l'anesthésie opératoire, en général, même avec l'emploi des anesthésiques habituels et classiques, chloroforme et éther..... dont l'action, dans la sphère cérébrale et psychique, engendre des phénomènes intercurrents de nature à troubler, dans une mesure plus ou moins accentuée, selon les prédis-

positions individuelles l'intervention chirurgicale, et à suggérer de sérieuses préoccupations sur la possibilité d'accidents graves, et toujours imminents.

J'appelle là-dessus l'attention de mes collègues chirurgiens, avec l'espoir que, sans être opérateur mélomane, il s'en trouvera peut-être et tout au moins un, parmi eux, assez curieux de cette curiosité que provoquent et alimentent les enseignements de la physiologie, pour faire l'essai des plus simples, des plus faciles du procédé, qu'il suffit d'agrémenter de l'adjonction d'un *phonographe.*

Je me propose, de mon côté, de poursuivre, à ce sujet, sur le terrain expérimental, des essais, dont je m'empresserai de communiquer, au moment opportun, les résultats à l'Académie.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Errata.

M. Godon, retenu à Londres par la réunion de la F. D. I., n'a pu nous remettre à temps ses corrections au compte rendu de la séance du 2 juillet de la Société d'odontologie inséré dans notre numéro du 15 août.

Nous les publions ci-dessous, ainsi que les rectifications aux erreurs qui se sont glissées dans cette publication et qui lui font dire le contraire de ce qu'il a dit en séance.

Ainsi page 142, les lignes 42-43 et 44 doivent être rectifiées ainsi :

« J'ai préféré ne toucher ni à l'alvéole ni à la racine de la petite molaire, quoique le collet se soit trouvé légèrement en dehors de la gencive. Il eût fallu enfoncer la dent un peu plus profondément; mais elle tenait si solidement que je n'ai pas cru devoir y retoucher. »

Page 143, les lignes 2-3-4-5-6 doivent être rectifiées ainsi :

« *M. Godon.* — Naturellement non je n'ai pas mis de cale. Vous voulez sans doute faire allusion à cette observation de transplantation que j'ai présentée il y a une dizaine d'années[1]. J'avais pris pour caler la racine un peu petite de la dent transplantée un morceau taillé en biseau de la racine extraite. Cette cale permit à la dent transplantée de se consolider assez rapidement et sans accident, ce qui est intéressant, car le morceau de racine formant cale fut expulsé au bout de deux ou trois mois sans avoir provoqué aucun inconvénient. »

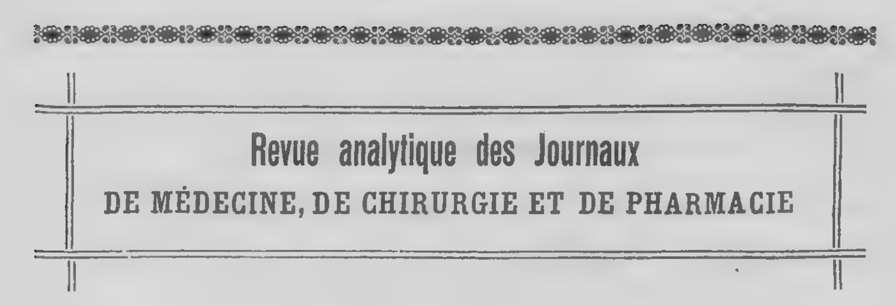
Page 144, les lignes 21 et 22 doivent être rectifiées ainsi :

« *M. Godon.* — Il faut dire à partir de quel moment vous considérez qu'une dent est sèche. »

. . . .

---

1. Voir *L'Odontologie* de 1890.



Revue analytique des Journaux
DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE

I. — Les dangers des manipulations de la gutta.

M. Lazarus, dit le *Bulletin général de thérapeutique*, a observé sur les ouvriers manipulant la gutta les mêmes accidents que sur ceux travaillant le phosphore. La carie dentaire prédispose aux nécroses chez ces travailleurs, comme elle prédispose aux nécroses chez les ouvriers allumettiers ; il réclame pour les premiers des soins et des examens dentaires identiques à ceux donnés aux seconds.

II. — Vernis antiseptique remplaçant le collodion (Nicaise).

Thymol	1 gr. 50
Baume de Tolu	5 —
Gomme laque pulvérisée	60 —
Alcool à 90°	50 —
Ether	100 —

III. — Le géranium (Maculatum).

Le géranium, disent les *Archives de Thérapeutique*, est un excellent hémostatique ; appliqué sous forme d'extrait fluide sur un coton, il arrête les hémorragies nasales et utérines. A la dose de 4 grammes, il arrête les crachements de sang ; c'est un anti-hœmophilique grâce à ses acides gallique et tannique et à sa gomme.

IV. — Les sinusites.

A la Société d'Otologie de Bruxelles, le Dr Schiffers, de Liège, insiste sur le diagnostic anatomique de la région à poser tout d'abord. Il réserve ensuite la cure radicale aux cas dans lesquels il existe des fongosités abondantes ou de la nécrose de l'os, ou bien encore quand les procédés opératoires simples auront échoué. Le drainage dans les cas ordinaires doit amener seul soulagement et guérison très rapidement.

V. — La cause du danger de la cocaïne.

A la Société de biologie, M. Maurel, de Toulouse, dit que le danger de la cocaïne réside dans sa pénétration dans les veines ; à petite

dose elle rend sphériques les leucocytes (0 gr. 01 par kilogr. de sang chez le lapin.) Chez l'homme, les leucocytes, plus faibles que chez les animaux, deviennent sphériques à 0 gr. 005 par kilogramme de sang. Un homme de 60 kilog. serait tué par 0 gr. 30 à 0 gr. 18 et ressentirait les accidents à la dose faible de 0 gr. 12 et même 0 gr. 06. Les leucocytes devenus sphériques sont arrêtés par les capillaires du poumon et amènent ainsi des embolies produisant la mort.

VI. — Asepsie opératoire.

A la Société d'anatomie de Bordeaux, dit la *Gazette des hôpitaux de Toulouse*, le Dr Hobbs rend compte de ses expériences au sujet de l'asepsie opératoire. Après lavage des mains et soins ordinaires ante-opératoires, il trempa ses doigts pendant une minute dans des ballons de bouillon-peptone. Le lendemain la peptone, troublée, contenait un staphyloccoque, le blanc, et quelques diplocoques. Le premier microbe isolé et repiqué sur bouillon, enfin inoculé à un cobaye, ne lui donna aucun accident infectieux ; il en conclut que les microbes ainsi aseptisés par le lavage et les brossages des mains perdent leur virulence et par suite sont rendus neutres pour ainsi dire.

VII. — Névralgie faciale.

Dans l'*Indépendance Médicale*, M. Chipault fait l'étude de la névralgie faciale et conclut, sur vingt-huit observations, que les névralgies faciales vues et soignées par les médecins sont des névralgies moins graves que celles vues et soignées par les chirurgiens. Les interventions portent sur la périphérie du trijumeau (résections périphériques d'une branche) ; résection du ganglion de *Gasser*, du ganglion supérieur ou sympathique. Celles faites sur le ganglion de Gasser, graves, il est vrai, donnent des résultats durables, ainsi que celles faites sur le sympathique.

VIII. — La cocaïne.

A la Société de biologie, M. le Dr Laborde dit que la cocaïne n'agit pas directement sur les filets nerveux. Dans le muscle l'analgésie est plus complète que dans le tissu dermique, son action analgésiante est parallèle à son action vaso-constrictive.

IX. — Contre les douleurs post-opératoires de l'extraction.

L'*Anvers Médical* donne un procédé pratique de M. Versluÿsen contre les douleurs post-opératoires : c'est la mise dans l'alvéole de coton imbibé d'un peu d'acide phénique pur, de glycérine et d'essence de citron.

X. — Lymphangectasie buccale.

C'est un cas très rare, une affection peu commune, qui consiste en un épaississement très grand de la muqueuse linguale. MM. Danlos et Gaston viennent d'en constater un et l'ont présenté à la Société Médicale.

XI. — Odontocie et ostéocie.

M. P. Ferrier, auteur d'une thèse publiée à Paris en 1900, *Odontocie et Ostéocie*, insiste sur la similitude des os et des dents. La dent est un os ; la relation de leur nutrition est intime ; au ramollissement des dents correspond une légèreté spécifique du corps ; aux altérations dentaires correspondent des altérations squelettiques, cet état de rapport entre organe, dent et os, il l'appelle odontocie et ostéocie. La décalcification serait due à l'absence du bicarbonate de chaux dans les aliments, à une alimentation phosphatée insuffisante. Pendant la croisssance, la parturition, il faut aider la calcification par l'absorption de carbonate de chaux. L'odontocie coïncide avec la formation osseuse (13 à 18) ; là où il y a carie dentaire, il faut s'attendre à mauvaise formation osseuse. Enfin l'ostéocie serait un présage d'ostéomyélite.

XII. — L'alimentation et le scorbut.

M. Combes, à la *Société des hôpitaux*, parle d'un enfant atteint de scorbut, dont la cause était due au lait maternisé. Le remplacement de ce dernier par un lait frais bouilli, quelques cuillerées à café de purée de pommes de terres, en un mot une alimentation saine suffirent pour enrayer la maladie, presque toujours causée par la mauvaise alimentation.

XIII. — Kyste dermoïde du plancher buccal.

Ces kystes sont rares, on les prend souvent pour des lipomes. M. Gaudier, à la *Société centrale de Médecine du Nord*, vient d'en extraire un très gros faisant saillie dans la bouche et gênant par suite la déglutition. Il était mou, pâteux, adhérent à l'os hyoïde et à la langue.

Ch. Charpentier.

ADRESSES UTILES

La ligne : 20 francs par an,
Lignes en sus : 10 fr. la ligne. } **dans 24 numéros.**

C. Ash et fils (*Fourn. gén.*) 22, rue du Quatre-Septembre, PARIS. **TÉLÉPHONE 294.47.**

Dr Bengué (*Anestile*), 47, rue Blanche, PARIS.

Billard, L. Lemaire, sr (*Fourn. gén.*), 4, pass. Choiseul, PARIS. **TÉLÉPHONE 264,30.**

Comptoir international (*Fourn. gén.*), 15, avenue Fonsny, BRUXELLES.

Contenau et Godart fils (*Fourn. gén.*), 7, r. du Bouloi, PARIS. **TÉLÉPHONE 214-53.**

A. Debraux, profr (*Cert. d'Et. exigé des dentistes*), 17, faub. Montmartre, PARIS.

J. Fanguet, Georges Clotte, succr (*Impressions en tous genres*), 28, rue d'Enghien, PARIS.

Vve Jules Friese (*Fournitures générales*), 3, rue de Londres, PARIS.

Colin Logan fils (*Fourn. gén.*), 113, rue Réaumur, PARIS. **TÉLÉPHONE 288.79.**

L. Mairlot (*Fourn. génér.*), 24, pl. Sainte-Gudule, BRUXELLES. **TÉLÉPHONE 1429.**

Mamelzer et fils (*Manufacture dentaire*), 40, rue Croix-des-Petits-Champs, PARIS.

Al. Maylaënder (*Reliures en tous genres*), 67, rue Daguerre, PARIS.

A. Mellottée, imprimeur de *L'Odontologie* à CHATEAUROUX.

P. Périé fils (*Fournitures générales*), 7, place Lafayette, TOULOUSE.

B. Platschick (*Prothèse à façon*), 3, rue Ventadour, PARIS. **TÉLÉPHONE 222.82.**

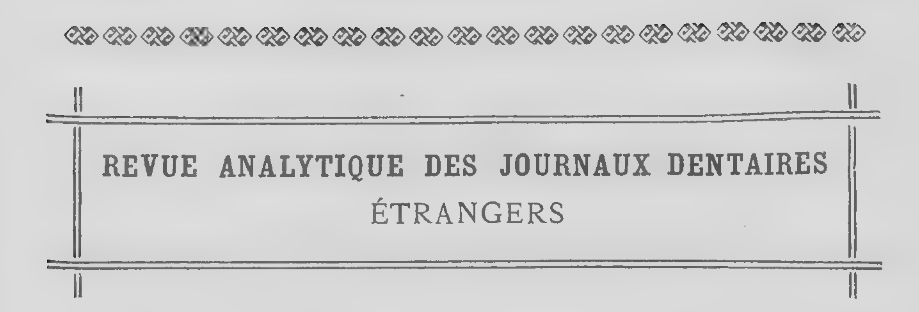
Reymond frères (*Fournitures générales.*)
- 22, rue Le Peletier, PARIS.
- 44, place de la République, LYON.
- 69, rue de la Croix-de-fer, BRUXELLES.
- 3, rue Petitot, GENÈVE.

Victor Simon et Cie (*Four. gén.*), 54, rue Lamartine, PARIS. **TÉLÉPHONE 269-45.**

Société Française de Fournitures Dentaires.
- 58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris
  TÉLÉPHONE 214-47.
- 45, r. de la République, Lyon.
- 18, allées de Tourny, Bordeaux

Grande exposition, au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes.

Vve J. Wirth (*Manufacture dentaire*), 222-224, avenue Philippe-Auguste, PARIS.



I. — Les nodules de la pulpe.

Dans le *British J. of. dent. science*, M. Caush étudie le développement des nodules de la pulpe, dans la formation de la dentine secondaire ; le dépôt dans les canaux ou même dans la pulpe se produit de l'extérieur à l'intérieur ; on y rencontre des tubuli de la dentine ; les nodules, eux, ne contiennent pas de tubes dentinaires ; ils sont petits, gros ou ovales, occupent toute la chambre de la pulpe ou un très petit point. Leur position varie, ils sont attachés à la dentine, aux canaux ou libres. La douleur varie aussi suivant leur siège, elle est vive près de l'apex de la dent malade, nulle dans la pulpe elle-même, s'ils ne la compriment pas. Le nodule tire son origine d'un centre, probablement une cellule irritée faisant corps étranger, il croît du centre à la périphérie en rayons concentriques et paraît se développer non pas aux dépens des cellules odontoplastiques, mais aux dépens de cellules différentes de celles qui entrent en jeu pour former la dentine secondaire. C'est dans la pulpe irritée par un corps étranger (cellule morte par traumatisme, un globule) que le nodule se forme et c'est cette pulpe qui réagit en entourant de produit le corps étranger absolument comme les cellules de l'huître forment la perle. Ils sont toujours formés après la calcification de la dentine.

II. — Les changements de coloration des obturations a l'or et l'étain combinés.

Dans le *Penn. dental journal*, le Dr Miller donne l'explication des colorations brunes des obturations combinées à l'or et l'étain. Il se produirait un courant galvanique, l'hydrogène irait se fixer sur l'or, l'oxygène sur l'étain, donnant avec ce dernier de l'oxyde d'étain. Cet oxyde irait se déposer sur la surface de l'or, qui n'éprouverait au point de vue chimique aucun changement, sa coloration n'étant due à une combinaison, mais à un simple dépôt de métal par l'influence de l'électricité développée dans l'obturation.

III. — Avantages de l'éther dans les anesthésies et particulièrement les anesthésies buccales.

M. Home Henderson, dans *le Journal of the British dent. Association*, dit que l'éther doit être plus employé dans nos anesthésies qu'il ne l'est. Il est moins dangereux que le chloroforme, ne cause pas de syncope cardiaque, il favorise l'action de la pression sanguine et anesthésie de plus rapidement, ce qui est à considérer en pratique dentaire. Toutes ces raisons le font considérer comme un élément de narcose de premier ordre.

IV. — L'antagonisme de la cocaïne.

L'hydrate de chloral, selon le *Medical Record*, serait un antagoniste complet de la cocaïne, il annulerait même tous les effets intoxicants de ce médicament.

V. — Coloration des dents.

Le *Dental Brief* donne un moyen simple pour rendre leur couleur primitive aux dents de porcelaine attaquées par les aliments. Ces aliments sont tous de nature végétale et il suffit, dit le journal sous la signature de M. R. F. Miller, de plonger les dents pendant 12 ou 15 heures dans une solution faible de chlorure de chaux et d'eau pour obtenir cette décoloration.

VI. — Protection de l'œil pendant les longues aurifications.

Les longues aurifications fatiguent l'organe visuel ; après un travail de longue durée pour une aurification, il se produit des troubles visuels, on perçoit des mouches volantes, des points qui passent et repassent, gênant ainsi l'opération. Des lunettes bien teintées, dit le *Dental Cosmos*, remédient à cet inconvénient.

VII. — Les capsules surrénales et leur usage en dentisterie.

L'extrait de capsules surrénales, dit M. Carpenter dans le *Dental Rewiev*, peut rendre de grands services en dentisterie. Il se donne en tablettes ou en poudre, peut être employé localement ou être absorbé par la bouche ; on ne le prescrit jamais en injections. C'est un puissant stimulant du cœur, et un astringent que l'on donne à dose illimitée. En dentisterie on peut l'employer dans bien des cas : pour l'hémorragie, les blessures faites dans la bouche avec des instruments tels que clamps, fils de digue qui souvent causent une pe-

tite émission sanguine gênante pour les opérations où il faut une siccité absolue. En combinaison avec la cocaïne il active son action, tout en contrebalançant ses effets nocifs. En un mot c'est un nouvel agent qui peut rendre de réels services au dentiste.

VIII. — Rôle des bactéries dans la pulpite.

Dans le cas d'inflammation pulpaire, dit M. Luclaie dans le *Cosmos*, les lymphatiques se trouvent généralement bouchés par les produits élaborés et l'infection en reste là; dans le cas d'inflammation diffuse, d'abcès, les bactéries, suivant la résistance du malade, ou bien coagulent le sang, ou bien désagrègent le coagulum formé et se répandent au loin, d'où infection générale, cachexie ; la température chaude influencerait l'extension des infections primaires en général. Le même auteur recommande comme coiffage l'aristol dissous dans le chloroforme, solution qui en se desséchant devient un protecteur mécanique.

IX. — Les époques critiques de la carie.

M. Johnson, dans le *Ohio dental Journal*, résume les causes de la carie et insiste sur les périodes critiques de l'affection. C'est surtout dans l'adolescence que la période critique se rencontre, de dix à vingt ans. A vingt ans surtout l'homme semble très prédisposé à la carie dentaire. A mesure que l'individu vieillit, il devient plus réfractaire jusqu'au moment où il entre dans la vieillesse. Mais là, la carie n'a plus le même caractère, c'est un défaut de nutrition en général. Les soins des dents temporaires, les soins des dents de six ans dans le jeune âge, les soins de propreté dans la vieillesse arrêteront les progrès de la maladie.

Ch. Charpentier.



TRAVAUX DE L'ÉTRANGER

CONTRIBUTION AUX PROGRÈS DE L'HYGIÈNE DENTAIRE EN FRANCE

Par le Dr Ernest Jessen,
Professeur libre de dentisterie à l'Université de Strasbourg.

Le siècle dans lequel nous venons d'entrer appartient aux sciences pratiques. Dans toutes les parties de la vie publique elles luttent pour être appliquées. L'industrie a pris un essor inattendu par suite des progrès de la technique ; des inventions et des découvertes importantes dans les sciences naturelles, la chimie et l'électricité ont ouvert un monde nouveau.

L'humanité, qui pendant longtemps ne marcha que comme une tortue, qui depuis la découverte de la vapeur et du paratonnerre n'allait que lentement de conquête en conquête, a tout à coup adopté l'allure du progrès, qui l'entraîne sans cesse en avant, qui a donné à notre vie économique des formes et des conditions tout à fait nouvelles, et qui l'a totalement transformée. Les sciences naturelles et la technique sont le terrain dans lequel la vie économique a pris ses racines, où elle puise sans cesse des forces nouvelles et insoupçonnées. Le développement social marche de pair avec ce développement économique. Si celui-ci a pour but de rendre de plus en parfaits l'industrie et les métiers, le commerce et le trafic, celui-là cherche à améliorer la vie des peuples, à rendre les conditions de la vie plus salubres, et tout comme l'autre il a fait des progrès tout à fait inattendus.

Le mouvement sanitaire, dont nous réunissons les diverses directions sous le mot hygiène, a utilisé également la science pratique et s'est étendu avec son aide sur les domaines variés de la vie humaine pour la développer d'après ses lois.

L'habitation, le vêtement, la nourriture, font partie de sa sphère d'action et il cherche également à régler l'activité professionnelle d'après son but, et c'est avec raison, car quiconque veut protéger la santé publique doit écarter les causes nuisibles. Il en est ainsi pour tout, surtout pour la partie de l'hygiène qui s'occupe immédiatement du soin de la santé au sens propre. En cette matière, nous autres chirurgiens-dentistes, nous sommes les pionniers de toute hygiène, et c'est nous qui avons à poser la base de la santé publique, tout au

moins si nous nous occupons de dentisterie et d'hygiène dentaire préventive et conservatrice. Il est donc de notre devoir de coopérer à l'œuvre considérable de l'hygiène publique et au premier rang. Nous devons encourager les mesures propres à donner une portée pratique aux efforts qui tendent au bien-être populaire dans son sens le plus large. C'est de cette nécessité que je voudrais vous persuader.

Je n'ai pas besoin de vous expliquer combien il importe pour la conservation de sa santé que l'homme conserve le bon fonctionnement de ses organes de mastication, combien des dents très bonnes et très fortes sont la condition préliminaire de la santé de l'estomac et de la digestion, sont la condition préliminaire pour que le corps tire des aliments qu'il ingère la substance nutritive qui lui est nécessaire; enfin je n'ai pas besoin de vous dire qu'il ne peut atteindre ce but que s'il a reçu des soins dentaires dès son enfance et s'il a observé une hygiène dentaire rationnelle. Par expérience vous savez trop bien que la plupart des patients ne vont chez le dentiste, et notamment que les parents n'y conduisent leurs enfants que quand la destruction de la dent ou de la denture est déjà si avancée qu'il ne peut guère être question de conservation de l'organe; et vous avez tous constaté avec regret, quand il s'agit d'enfants, que la destruction ne se borne pas aux dents, mais qu'elle étend ou qu'elle a déjà commencé d'étendre son influence funeste pour la santé également au reste du corps.

S'il y a vraiment quelque chose à faire en cette matière, il est nécessaire de convaincre les milieux populaires, avant tout les parents, puis les instituteurs, de la nécessité d'une hygiène aussi précoce et aussi rationnelle qu'il est possible, et de rendre les soins de bouche obligatoires pour l'école, si faire se peut. Si je réussis à vous persuader de cette nécessité, j'aurai atteint mon but.

Mais si ce n'est que dans l'école qu'on peut poursuivre et obtenir une amélioration de la santé publique en améliorant l'état de la dentition, si ce n'est que dans l'école qu'on peut essayer de parvenir à cette amélioration par des soins rationnels des dents des enfants, il faut que les autorités prennent la chose en mains. Les autorités scolaires municipales et gouvernementales doivent porter leur attention sur cette importante question. Le peuple lui-même manque encore par trop malheureusement de l'intelligence, de la compréhension nécessaire de la question ; il a besoin d'être éclairé. Dans la classe moyenne et surtout dans la classe ouvrière les gens n'ont pas le temps, les moyens et la volonté de faire le nécessaire pour eux et pour leurs enfants. C'est pour cela que dans l'intérêt de tous l'école doit intervenir, non seulement par des explications, mais aussi par son action. L'Etat ou la ville doivent créer des dentistes des écoles, comme ils ont créé des médecins des écoles. La dépense pour les dentistes sera minime par rapport aux résultats obtenus ; la gêne

pour l'école et la perte de temps pour les enfants ne peuvent même pas entrer en ligne de compte. Une inspection annuelle régulière est pleinement suffisante ; il faut pour cela environ une heure par classe avec un peu d'habitude, un assistant bien dressé et le secours de l'instituteur. Les enfants qui ont besoin d'un traitement et qui le demandent doivent naturellement être dispensés de la classe pour le temps nécessaire. Mais cette perte de temps ne doit pas entrer en balance avec l'utilité d'un pareil traitement pour l'enfant et pour l'école. Des enfants bien portants peuvent bien mieux profiter de l'enseignement et feront physiquement et intellectuellement de meilleurs progrès que des enfants qui, tourmentés par des maux de dents, ont une enflure des ganglions, une suppuration des maxillaires et des maux d'estomac. Dans certaines villes ce résultat est atteint, notamment à Strasbourg, où tous les enfants des écoles communales, au nombre de 16.000, sont examinés une fois par an par le dentiste. Cette inspection a lieu d'après le schéma ci-dessous.

Carte à conserver et à porter toujours avec soi.

POLICLINIQUE DES AFFECTIONS DENTAIRES

DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Tous les jours de 2 à 3 heures **Elisabethgasse 12.** Tous les jours de 2 à 3 heures

Inspection dentaire des enfants des écoles communales.

Nom Age Garçon Fille

Dents de lait. Dents permanentes.

______ Malades. ______

______ Dont ______

______ à obturer ______

______ à extraire. ______

Date ______ Remarques : ______

Le traitement conservateur se fait à l'Institut dentaire privé, Broglieplatz, 4.

Lundi ______ à ___ heures.
Mardi ______ à ___ »
Mercredi ______ à ___ »
Jeudi ______ à ___ »
Vendredi ______ à ___ »
Samedi ______ à ___ »

Présenter cette carte à la porte du corridor 1er étage.

Le patient est tenu de venir exactement à l'heure fixée, sans quoi il ne sera pas traité.

Dentiste traitant : M.

Les dents et leurs soins.

1. A 2 ans 1/2 chaque enfant a 20 dents.

2. A 6 ans apparaît en arrière dans la bouche la 1re grosse molaire permanente.

3. De 7 à 14 ans s'effectue le remplacement.

4. A 12 ans apparaît la 2e grosse molaire.

De 18 à 40 ans la dent de sagesse.

5. Des dents saines sont indispensables pour l'estomac et la santé du corps tout entier.

6. Les dents de lait ont pour l'enfant la même valeur que les dents permanentes pour les adultes.

7. Dès l'enfance toutes les dents doivent être fortement brossées journellement le matin et surtout le soir.

8. Elles doivent être visitées tous les ans par le dentiste.

9. Dès qu'elles se carient il faut les obturer avant qu'elles deviennent douloureuses.

10. Pour avoir des dents permanentes saines, il faut d'abord des dents de lait saines.

11. Pour conserver la cavité buccale saine, il faut avulser toutes les racines qui ne peuvent être obturées.

12. Il faut conserver ses dents naturelles, parce que les dents artificielles ne sont que des auxiliaires.

Dr Jessen, Strasbourg.

Le traitement des enfants n'est pas encore réglé comme il convient, mais il le sera sans doute bientôt ; alors on aura fait à Strasbourg en matière d'hygiène ce qu'il est possible de faire actuellement. On se préoccupe d'éclairer le peuple sur l'importance de l'hygiène dentaire au point de vue de la santé en répandant dans la population de petites brochures sur les soins dentaires qui sont remises à chaque élève des écoles communales et qui font connaître le résultat de l'inspection dentaire. Chaque patient qui vient à la policlinique dentaire de l'Université reçoit sans exception un exemplaire contenant ces règles sur les soins dentaires ; le bon effet de la vulgarisation des principes d'hygiène dentaire sur l'amélioration de la santé publique ne tardera pas à se faire sentir.

Mais il devrait en être ainsi dans chaque pays et dans chaque ville et les sociétés dentaires devraient faire les démarches nécessaires pour faire observer l'hygiène dentaire dans toutes les écoles communales, dans l'intérêt de la santé publique. Tout d'abord les enfants doivent être invités à se brosser les dents tous les jours le matin et surtout le soir. Cela ■ une grande importance pratique. S'il est dificile aux enfants pauvres de se procurer une brosse à dents, on leur prescrira simplement de se rincer la bouche et de se gargariser avec

de l'eau salée matin et soir. Cela ne coûte presque rien, cela protège contre la maladie et entretient les soins buccaux.

En outre, il y a lieu d'introduire dans les livres de lecture des morceaux sur les soins dentaires et d'écrire des rédactions sur ce sujet.

Tous les ans tous les enfants des écoles communales doivent être inspectés par des chirugiens-dentistes diplômés, se prêtant provisoirement gratuitement à ce service dans toutes les villes. Nous devons nous estimer heureux que les autorités nous en donnent seulement la permission, car c'est déjà un gros résultat.

Il y a lieu d'employer partout des cartes d'inspection contenant les règles sommaires de l'hygiène dentaire et distribuées aux frais des sociétés dentaires. Il y a presque partout des ressources pour cela qui ne sauraient trouver un meilleur emploi. J'attache la plus grande valeur au côté pratique de cette matière, car j'ai suffisamment constaté combien on peut considérer de questions scientifiques.

Les renseignements rassemblés jusqu'à présent sur la fréquence de la carie chez les divers sujets et dans les divers groupes de dents, l'étiologie de la carie, sa marche dans les différents pays, sa propagation sont confirmés. Le dommage qu'elle cause à la santé publique est surabondamment établi. A présent il s'agit de mettre obstacle à son envahissement, d'engager la lutte, sur toute la ligne, avec tous les moyens à notre disposition. Un des plus importants consiste à éclairer le peuple sur l'importance de l'hygiène dentaire pour la santé en inspectant régulièrement les dents des enfants des écoles communales. Chaque enfant doit donc recevoir une carte d'inspection, mentionnant le résultat de son inspection et, ce qui est tout aussi important, contenant des principes sommaires d'hygiène dentaire. Plus ces principes seront clairs et concis, plus le schéma de l'inspection sera simple, mieux cela vaudra.

Je considère les cartes en usage à Strasbourg comme parfaitement convenables, cela se comprend ; mais on peut les modifier à volonté. L'important, c'est que les enfants les emportent chez eux et les y conservent, afin d'être renseignés et de renseigner leurs parents sur l'état de leurs dents, afin qu'ils se pénètrent des règles d'hygiène et agissent en conséquence.

Je désire vivement que partout où il sera procédé à l'inspection dentaire des enfants des écoles ces cartes soient employées avec celles que le D[r] Röse emploie à Dresde aux frais de la station centrale d'hygiène.

Les cartes de Röse sont rassemblées et envoyées à Dresde pour faire l'objet d'une statistique, tandis que les miennes restent dans la possession des enfants examinés, afin que ceux-ci soient éclairés sur l'état de santé de leur bouche et soient incités à réclamer un traitement dentaire, afin qu'ils apprennent le but des dents, leur change-

ment, leur importance pour la santé et la nécessité de les soigner.

Nous nous efforcerons d'obtenir un résultat avec ces deux tentatives: celle de Röse, qui place au premier plan l'étude des questions scientifiques, et la mienne, plusieurs fois répétée, qui tend principalement à introduire l'hygiène dentaire parmi le peuple, ainsi que dans le sol fertile de l'école, à l'y développer et à l'y faire fructifier.

Mais il faut que les dentistes fassent tout d'abord des sacrifices personnels. Il faut qu'ils se déclarent prêts partout, comme c'est le cas dans quelques villes, à traiter gratuitement les enfants pauvres des écoles communales, car l'Etat n'en a pas encore les moyens. Alors les villes institueront peu à peu des dentistes scolaires. Mais tous nos confrères doivent coopérer à ces tentatives, car c'est travailler pour le bien public. C'est de cette façon qu'on triomphera de l'ignorance des maladies dentaires et de leur influence funeste sur la santé : cela ne coûtera rien à l'Etat et profitera à la population. *Mais l'appui des autorités* est indispensable.

Ce qui est commencé à l'école doit être continué à l'armée. La brosse à dents sert aux dents et non pas le fusil.

Il y a lieu de nommer aussi des dentistes militaires ou bien les médecins militaires doivent apprendre la dentisterie.

Dans les hôpitaux l'hygiène dentaire et buccale est malheureusement tout à fait négligée, ce qui est une faute grave. Matin et soir on panse les plaies des malades ; leurs dents doivent de même être brossées ; l'état du sujet en sera ainsi notablement amélioré.

Les médecins doivent connaître aussi la dentisterie moderne et fréquenter la clinique au moins pendant six mois obligatoirement, comme cela se fait en Autriche, afin que leur intérêt pour la dentisterie soit éveillé et qu'ils donnent à cette spécialité l'attention qu'elle mérite, afin surtout qu'ils apprennent à connaître les cas dans lesquels la cause d'une maladie doit être attribuée aux dents et qu'ils appellent ainsi le praticien dentiste à temps. Le public en profitera.

Les dentistes eux-mêmes doivent dans leur pratique observer les règles d'hygiène dentaire : assurer à chaque patient une bouche saine ou refuser de le traiter d'après le principe *salus ægroti suprema lex*. C'est seulement si chacun dans sa pratique agit activement que les efforts collectifs peuvent réussir à relever l'état social et économique. Chaque dentiste doit contribuer à éclairer ses patients ; il le peut en ajoutant sur ses cartes de rendez-vous les règles de l'hygiène dentaire. Mais les cliniques spécialement doivent répandre ces cartes dans toutes les familles des classes inférieures, éclairer le peuple peu à peu sur l'importance de l'hygiène dentaire pour la santé, avoir le sens de l'hygiène et constituer ainsi un centre d'éducation populaire.

Les sociétés dentaires doivent seconder ces efforts et les appuyer partout où elles le peuvent, chez leurs membres, chez les médecins,

dans le public, chez les autorités municipales et gouvernementales. Elles doivent demander à leurs bureaux d'encourager l'hygiène dentaire dans tout le pays de la façon qui a été indiquée. Elles doivent faire des propositions désintéressées qui ne comportent pas un grand sacrifice par elles-mêmes, mais qui jouent un grand rôle pour la profession et qui leur procurent de nouveaux membres.

Dans toutes les villes nos confrères prendront part à ce mouvement, *dont l'importance pour le bien public ne peut être méconnu par personne.*

Ces efforts doivent être tentés dans tous les pays civilisés, émaner des dentistes, persuader les autorités et les amener à intervenir afin que ces mesures simples, qui ont pour but l'intérêt public, soient appliquées, et la France tiendra à honneur d'être au premier rang à cet égard.

Les sociétés dentaires doivent prendre en mains cette question. Quand la bonne volonté et l'énergie leur feront défaut, les individus devront se tenir prêts à prendre eux-mêmes en mains les intérêts professionnels.

Conclusions.

I. — Les sociétés dentaires nommeront une Commission de trois membres qui aura pour mission d'engager des négociations avec le gouvernement ou avec les autorités, afin qu'il soit procédé dans toutes les villes du pays qui comptent des dentistes à une inspection dentaire régulière de tous les enfants des écoles.

II. — Il sera établi pour ces inspections, aux frais des Sociétés, des cartes sur le modèle de celles de Strasbourg qui seront mises à la disposition des enfants et resteront en leur possession pour encourager l'hygiène dentaire populaire. On emploiera concurremment des cartes du modèle du Dr Röse pour fournir des renseignements scientifiques.

III. — Les membres des sociétés dentaires sont invités à se proposer volontairement pour cette inspection et à s'offrir à la Commission afin que les démarches nécessaires puissent être faites.

IV. — Afin de rendre cette inspection fructueuse pour la santé des enfants et pour le bien public, tous les membres des sociétés sont invités à entreprendre gratuitement le traitement des enfants pauvres des écoles qui le demandent. Les dépenses de temps, d'argent, et de peine, ne sont pas très grandes et sont hors de proportion avec le profit qui en résultera.

Tout citoyen doit être prêt à faire ce sacrifice pour le bien public et à mettre ainsi ses forces au service de sa patrie.

DEMANDES ET OFFRES

PRIX d'une CASE, dans 3 numéros........................ **8** francs.
payable d'avance. (Pour les Abonnés de *L'Odontologie*. **5** »).

L'Administration de L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

---

1 **Cabinet dentaire. 40 minutes de Paris** (Saint-Lazare), **A CÉDER**, pour cause de *double emploi*, à Dentiste de Paris pouvant disposer de deux jours par semaine, ou mieux encore à praticien qui, venant y résider, augmenterait considérablement les affaires et auquel le *vendeur donnerait sa prothèse*, s'il était excellent mécanicien. — Ecrire, par poste, aux initiales M. L., aux soins de M. Papot, 45, rue de la Tour-d'Auvergne. (49[2]).

---

2 **Après fortune faite, A VENDRE** cabinet à **proximité de Paris,** produisant 12.000 fr. Prix : 10.000 fr. — Ecrire, par poste, aux initiales G. G., aux soins de l'administration du Journal. (50[2]).

---

3 **On demande** pour **bon cabinet** dans **ville de province** un opérateur **PATENTE** ou **DIPLOME**. — S'adr. : A. Reymond frères, 44, pl. République, **Lyon.** (51[2]).

---

4 **PRESSÉ : pour cause de santé** à reprendre cabinet *nouvellement fondé* dans grande ville du **nord**. On céderait pour *prix du matériel*. Ecrire aux initiales G. D., 26, aux soins du journal, 45, rue de la Tour-d'Auvergne. (52[1]).

---

5 **PRESSÉ. A vendre, environs de Paris** dans *centre riche*, bon cabinet dentaire faisant 12.000 francs par an. Prix demandé comptant 10.000 francs. Le chiffre d'affaires peut être augmenté. Ecrire aux initiales A. E. G., aux soins de M. Papot, 45, rue de la Tour-d'Auvergne. (53[1])

---

6 *Une Maison de Fournitures* demande jeune homme libéré du service militaire, au courant des articles dentaires, ayant aptitudes pour voyages ; références sérieuses exigées. Ecrire aux initiales P. L., Journal le *Monde dentaire,* 9, rue de Londres, Paris. (54[1])

---

7 **A cause des études de son enfant : CHIRURGIEN-DENTISTE, PHARMACIEN,** *très actif*, cherche situation à Paris ou banlieue. Il pourrait apporter cabinet richement et très largement monté. S'adresser **P. S.**, administration du journal. (55[1])

---

8 *A CÉDER APRÈS DÉCÈS, très bon Cabinet dentaire,* dans une ***GRANDE VILLE*** de province. Recettes : 45,000 francs. Peu de frais. Très pressé. S'adresser à Me Motte, notaire à Lille, rue de l'Hôpital-Militaire, n° 37. (56[1])

---

9 **On demande** pour **BORDEAUX** un *aide patenté ou diplômé* pouvant entreprendre direction de la prothèse et des redressements. *Bonnes références exigées.* Adresser offres et prix des honoraires demandés (Anglais ou Américain préféré). Field Robinson D. D. S., 12, rue Lafaurie de Monbadon, Bordeaux. (57[1])

---

10 **DOCTEUR EN MÉDECINE FRANÇAIS, diplômé de l'École dentaire de Genève,** demande à partir d'octobre prochain place comme *remplaçant* ou *assistant* pendant 6 à 8 mois. Ecrire M. E., au bureau du journal. (58[1])

---

11 **UN DENTISTE EXPÉRIMENTÉ** demande une place **opérateur** ou **mécanicien** à Paris. Ecrire à M. V., aux soins de l'Administration du journal. (59[1])

---

12 **JEUNE DENTISTE SUISSE diplômé de Genève et Philadelphie,** précédemment assistant en Belgique, cherche place d'**assistant** ou gérant. S'adresser à la Société Française de Fournitures Dentaires, 58 *bis*, rue de la Chaussée-d'Antin, Paris. (60[1])

---

13 **On demande** un ***OPÉRATEUR,*** âgé de 28 à 35 ans, *diplômé d'une Ecole dentaire depuis au moins 4 ou 5 ans*, très habitué au travail des aurifications à *l'or adhésif*, du *bridge work* et des *couronnes*, environ 100 francs par semaine. Ecrire à M. Papot, 45, rue de la Tour-d'Auvergne. (61[1])



Ecole dentaire de Paris.

Par décision du Conseil d'Administration en date du 30 juillet, un concours sera ouvert au mois d'octobre prochain à l'Ecole dentaire de Paris pour deux postes de chef clinique.

Les études dentaires aux Etats-Unis.

Dans son meeting annuel de Milwaukee (Wisconsin) du 4 août dernier, la *National Association of Dental Faculties* (Association nationale des Facultés dentaires) a adopté pour les études dentaires le principe de l'obligation de quatre années de cours. Cette mesure, qui a été adoptée également, conformément au vœu du 3° Congrès dentaire international, par le Conseil d'administration de l'Ecole dentaire de Paris, à la séance du 30 juillet dernier, pour l'obtention du diplôme de l'Ecole, sera mise en vigueur l'année prochaine.

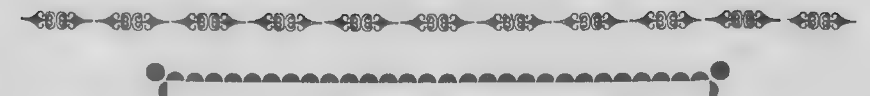
Faculté de médecine.

Par arrêté rectoral, M. le docteur A. Rosenthal a été nommé, à dater du 1er novembre prochain, directeur de la clinique dentaire et des travaux de prothèse à la Faculté de médecine de l'Université. M. le docteur R. Rosenthal, pas le même arrêté, a été nommé chef des travaux de prothèse dentaire à la dite Faculté.

(L'Etoile de l'Est.)

Poste vacant.

On nous informe qu'un jeune dentiste pourrait se créer une situation en s'établissant à Courtenay (Loiret), chef-lieu de canton important et riche, comptant 3 médecins et 2 pharmaciens.



TRIBUNE OUVERTE.

QUESTIONS ET RÉPONSES.

N. B. Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier les questions qui nous seront adressées et nous serions heureux que cette insertion provoquât des réponses, que nous accueillerons tout en *déclinant toute responsabilité au sujet des opinions émises.*

Toutefois nous ne pouvons donner suite qu'aux questions ou réponses signées ; mais la publication peut en être faite sous un pseudonyme choisi par l'auteur. *Prière de ne pas insérer ces communications dans le corps d'une lettre, mais sur feuillet spécial écrit d'un seul côté.*

? N° 157. — *Une personne portant depuis longtemps* sans aucune gêne *un appareil de vulcanite sans crochets ressent, depuis quelques jours, au palais, une impression d'acidité (« de cuivre », dit-elle). Il n'y a pas la moindre inflammation de la bouche. Aucune altération professionnelle possible.*

Est-ce une idée fixe de sa part ou est-ce le commencement de la « maladie du caoutchouc » ? Y a-t-il un traitement spécial autre que l'antisepsie buccale ?

J. C.

? N° 172. — *A quoi faut-il attribuer la teinte rougeâtre que prennent certaines dents anglaises après le travail de la soudure ?*

J. P.

? N° 175. — *Quels sont les modes de préparation et de coloration qu'emploient les fournisseurs pour obtenir la cire rose ?*

L. F.

? N° 176. — *Dans la pratique de l'anesthésie par le protoxyde d'azote, est-il préférable d'employer la méthode de F. Mervitt (protoxyde et oxygène) ?*

Cette méthode fait-elle encourir plus de responsabilité que l'emploi de la cocaïne ?

UN ABONNÉ.

? N° 180. — *Un dentiste patenté depuis* 1884, *mais ayant cessé d'exercer en* 1890, *par conséquent ne figurant pas sur le rôle des dentistes au* 1er *janvier* 1892, *peut-il, à l'heure actuelle, reprendre un cabinet et exercer légalement ?*

Existe-t-il une décision établissant ce droit et quelle en est la date ?

ANCIEN.

☞ *Réponse.* — La chose est, suivant nous, légalement impossible, et l'article 9 § 3 de la loi du 30 novembre 1892, qui impose au dentiste n'exerçant plus depuis deux ans l'obligation de faire enregistrer son diplôme dans le mois qui suit son nouvel établissement, ne fait pas échec au principe inflexible posé par l'article 32 de la même loi.

Comme l'indique l'arrêt de *Cassation* (ch. crim.) du 9 novembre 1899 (aff. *Keisser*), confirmé depuis par deux autres décisions de la même juridiction, et qui portent la date du 4 avril 1901, l'inscription au rôle des patentes, à la date déterminée par l'article 32 de la loi de 1892, a été pour le législateur la condition *sine quâ non* de l'admission des dentistes en exercice au bénéfice de la disposition transitoire qui les a dispensés du diplôme de docteur en médecine ou de chirurgien-dentiste, et cette inscription ne saurait être suppléée par une autre preuve d'une possession d'état justifiant la même exception.

La justification de la patente ne serait inutile que s'il s'agissait d'une femme mariée et commune en biens, qui aurait exercé dans un même établissement

avec son mari, déjà lui-même imposé (C. *Besançon*, 27 juin 1894 et C. *Limoges*. 2 novembre 1899) ou d'un associé secondaire d'une société en nom collectif, excepté de tout droit en vertu des lois des 15 juillet 1880 et 8 août 1890, et encore à la condition qu'il prouvât qu'il faisait partie d'une société formée antérieurement au 1er janvier 1892 et qu'à cette date l'associé principal était inscrit au rôle des patentes (Décision du *Conseil d'Etat* du 14 juin 1895).

Il existe, il est vrai, des décisions qui ne semblent pas faire de l'inscription au rôle des patentes au 1er janvier 1892 une obligation stricte.

Nous citerons notamment un jugement du tribunal correctionnel de *Charolles* du 11 décembre 1897, — un arrêt de la Cour de *Lyon* du 14 mars 1900, — une décision du tribunal correctionnel de *Toulouse* du 3 février 1898, — un arrêt de la cour de *Nancy* du 28 juin 1900, — qui semblent s'appuyer surtout sur le respect du principe de la non-rétroactivité des lois.

Mais les solutions que nous avons citées en sens contraire (ajoutez-y un arrêt de la Cour de *Rennes* du 29 juillet 1896, un arrêt de la Cour de Paris du 22 décembre 1899, et un jugement du tribunal civil de la Seine du 10 novembre 1896) nous paraissent décisives, et nous craindrions une issue défavorable à toute tentative judiciaire en sens opposé.

F. W.

Avis relatif au recouvrement des cotisations

Les membres de l'Association et les abonnés du Journal domiciliés dans les *Colonies* ou à l'*Etranger*, qui ont des *cotisations en retard*, sont priés de bien vouloir en adresser le montant, en un mandat-poste international ou en un chèque sur un établissement financier de Paris.

Pour L'ASSOCIATION, au *Trésorier :* Jules d'Argent................
Pour le JOURNAL, à l'*Administrateur Gérant :* Ed. Papot..............
45, rue de la Tour-d'Auvergne, Paris.

Avis.

La brochure du Dr Röse « *Guide de l'hygiène dentaire buccale* », publiée dans ce journal, est en vente au bureau de *L'Odontologie*. Comme il n'en a été tiré qu'un certain nombre d'exemplaires, les dentistes qui seraient désireux d'en faire l'acquisition pour la distribuer à leur clientèle pourront la recevoir en en faisant immédiatement la demande à raison de 20 fr. les 100 exemplaires et 12 fr. 50 les 50 (frais de port en sus).

L'Évolution de l'Art dentaire. — L'ÉCOLE DENTAIRE, son histoire, son action, son avenir, par le Dr Ch. Godon, directeur de l'École dentaire de Paris. 1901, 1 vol. gr. in-8, 366 pages et planches. 10 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

L'auteur passe d'abord en revue l'évolution de l'art dentaire à travers les âges. Il nous montre qu'à toutes les époques, dans les civilisations des Egyptiens, des Grecs, des Romains, des Arabes, l'art dentaire a été exercé par des spécialistes, comme il l'est de nos jours. Il divise cette partie historique en une période pratique et une période scientifique. La première remonte à la plus haute antiquité pour se terminer à la fin du XVIIe siècle ; la seconde débute en 1727 par la publication du premier ouvrage d'art dentaire « *Le Chirurgien-Dentiste* » de Pierre Fauchard et se poursuit avec la fondation de la première société odontologique et surtout de la première école dentaire en 1839 aux Etats-Unis.

L'odontologie, science nouvelle, réalise des progrès rapides et importants pendant les soixante dernières années, grâce à la multiplicité des écoles dentaires créées dans tous les pays (elles sont actuellement au nombre de plus de 150). Le compte rendu sommaire que donne l'auteur de l'important Congrès dentaire international tenu à Paris au mois d'août 1900, et qui s'est terminé par la constitution d'une Fédération dentaire internationale, permet de constater ces résultats.

Dans la deuxième partie de son étude l'auteur a pris surtout pour type de l'évolution scientifique de l'odontologie l'École dentaire de Paris, dont il raconte l'histoire. Il nous fait apprécier l'influence qu'elle a exercée sur la renaissance des études odontologiques en France par les œuvres dont elle a provoqué la création et le développement, et auxquelles est due la situation sociale du nouveau chirurgien-dentiste créé par la loi sur la médecine du 30 novembre 1892.

Deux tableaux synoptiques du programme d'enseignement, l'un de l'année 1880, l'autre de l'année 1900, placés à la fin de l'ouvrage, résument les progrès réalisés pendant ces vingt dernières années. Une troisième partie est consacrée à l'avenir de l'enseignement et des écoles dentaires.

L'ouvrage se termine par des conclusions qui représentent les principaux desiderata des chirurgiens-dentistes de tous les pays.

21e ANNÉE. No 17 15 SEPTEMBRE 1901 Vol. XXVI



L'*Odontologie* est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

BULLETIN

INSTITUTION DE CONCOURS AUX EMPLOIS DE DENTISTE DES HOPITAUX

Le 20 juin 1901, — après deux séances de discussion assez vive, — le Conseil de surveillance de l'assistance publique a décidé que les dentistes des hôpitaux (sic) seront nommés au concours et que les docteurs en médecine seuls pourront faire acte de candidature.

Il résulte de cette décision et des discussions antérieures que, non seulement les chirurgiens-dentistes diplômés d'une faculté française sont exclus de ces concours, — contre tout sentiment d'équité, de progrès, et en dépit de la loi de 1892, — mais que les docteurs en médecine seront, à l'avenir, dispensés de justifier de la possession de ce diplôme spécial.

*
* *

En adoptant ces mesures, l'assistance publique, — habilement actionnée par des intéressés, — a agi avec l'esprit routinier qu'on lui reconnaît unanimement et qui lui vaut, à tout instant, ces concerts d'éloges à re-

bours que les « Grands quotidiens » lui décernent, sans parvenir à secouer sa torpeur et son misonéisme. Au surplus, les services dentaires des hôpitaux étant presque nuls ou des plus rudimentaires, peuvent être assurés sans inconvénients sérieux par de simples docteurs en médecine, comme au temps des bonnes sœurs et des infirmiers arracheurs de dents à outrance.

Dans ces services, en effet, la dentisterie n'existe pas et la prothèse est un mythe.

Mais, du moment que la majorité du Conseil était bien décidée à enrayer ou à méconnaître tout progrès, elle ne pouvait prendre meilleure mesure pour atteindre ce but ; et il est certain qu'il n'est pas nécessaire de connaître la profession dentaire pour opérer au petit jeu qui se pratique dans les services sus-indiqués, où, au lieu de les soigner, on extirpe, avec une blâmable désinvolture, les dents de la classe besogneuse, — qui en a autant besoin que l'autre, — et après lui avoir démantelé les mandibules, on la renvoie à ses chères études avec perte et souvent avec fracas.

On se demande toutefois, en y réfléchissant un peu, comment les pouvoirs publics restent si indifférents, et pourquoi Ils n'exercent aucun contrôle sur des services où l'on pratique couramment des opérations aussi nuisibles qu'inutiles, enfin pourquoi Ils ne revisent pas les décisions d'une administration rétrograde, lorsqu'est en jeu un mobile aussi puissant et aussi sérieux que la santé publique !

Il faut dire cependant que, à plusieurs reprises, quelques titulaires anciens des services que nous visons, — dentistes, ceux-là, — soucieux des lois de l'humanité et du progrès avaient bien signalé le danger résultant de l'incurie de l'administration; mais leurs objurgations et leurs propositions avaient été étouffées par la masse de leurs collègues-médecins, redoutant des réformes dont ils n'auraient pu assurer l'exécution, et pour cause ! Les raisins sont trop verts !

Cette fois, c'est définitivement arrêté : l'art dentaire est exclu des hôpitaux de Paris !

Grâce à une campagne de petites brochures, remplies des grosses bourdes familières aux stomatologistes militants, et avec l'appui des membres-médecins du Conseil de surveillance, marchant comme un seul homme, avec, à leur tête, M. le doyen de la Faculté lui-même, s'il vous plaît, ce recul, fatal au pauvre monde, a été voté par 14 voix (dont 6 voix de médecins) contre 10 ; dix gens honnêtes et clairvoyants, que les calomnies et les petits moyens les mieux préparés et les mieux servis, n'ont pu détourner du sentier de la justice, de la logique et du progrès !

Et voilà comment on noie encore ceux-ci en France, et comment la loi y est méprisée ou méconnue.

*
* *

Il n'y a pas lieu de s'arrêter sur les boniments plus ou moins spirituels débités par les membres-médecins du Conseil de surveillance, au cours de la discussion qui a précédé ce vote. Complètement ignorants des questions odontologiques, et mus uniquement par l'esprit de corporation le plus égoïste, ils ne pouvaient que soutenir les prétentions des stomatologistes ; on ne voit guère les loups se manger entre eux ! — On conviendra, toutefois, qu'étant juges et parties, ils auraient dû tout au moins avoir la pudeur du bulletin blanc !

Les arguments développés par ces joyeux compères n'étaient du reste pas de leur cru ; ils n'ont fait que rééditer les ordinaires versions de l'état-major stomatologiste, et on sait quelle mauvaise foi, quel dépit et quel esprit de dénigrement celui-ci apporte dans les questions touchant l'exercice de l'art dentaire, faute de pouvoir en causer avec compétence ! les raisins sont encore trop verts !

*
* *

Mais il ne peut en être de même du long plaidoyer contre les écoles dentaires présenté par M. Brouardel, doyen de la faculté de médecine de Paris. C'est un tissu de faits inexacts, — ourdi pour les bienfaits de la cause, — au sujet duquel une énergique protestation et une mise en demeure de rectification ont été signifiées au Conseil de surveillance. Nous ne voulons pas, pour l'instant, examiner et réfuter par le menu cet exposé peu sincère, — toute chose à son heure, — mais nous ne pouvons nous empêcher d'exprimer notre étonnement, de voir M. Brouardel tomber à bras raccourcis sur les écoles dentaires dont il fit, en maintes circonstances publiques, même récentes, le plus pompeux éloge ; rappelant leur louable et utile initiative, la valeur de leur enseignement, les services rendus à la profession et au pays même, et leur prodiguant les compliments et les encouragements les plus chaleureux et les plus empressés !

M. Cruet [1], président des stomatologistes, — pour qui M. Brouardel a si bien travaillé le 20 juin, — nous avait bien laissé entendre qu'il fallait en prendre et en laisser des bonnes paroles de M. le doyen de la faculté. Nous n'osions y croire ; mais force nous est de convenir, à cette heure, que M. Cruet était bien informé.

Dans les circonstances présentes, il est certain que M. Brouardel et ses confrères de la Commission s'étaient imaginés que leurs propositions, au sujet des concours de dentiste des hôpitaux, seraient admises sans discussion, ou bien que, cette fois encore, il leur suffirait de quelques lieux communs pour faire passer leur projet comme une muscade. Grâce à l'insistance de quelques membres dégagés de toute compromission

---

1. *Revue de Stomatologie*, 3 février 1901.

et préoccupés, avant tout, de la santé publique, et de l'accomplissement impartial de leur tâche. M. Brouardel s'est vu acculé et contraint de prendre une attitude définie.

On conviendra sans difficulté de l'embarras, — momentané tout au moins, je l'espère, — dans lequel M. Brouardel a dû se trouver, si on veut bien se rappeler que, contrairement à ses confrères du conseil, dégagés de toute préoccupation étrangère, il représentait à lui seul trois fonctionnaires au moins intéressés dans la question à des titres opposés les uns aux autres. Cette situation nous remet en mémoire le chapitre : Une tempête sous un crâne.

En effet, COMME MEMBRE DU CONSEIL DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE, *M. Brouardel avait l'obligation de servir sans parti pris la cause des malades de l'assistance, c'est-à-dire, de rendre les concours accessibles à tous les dentistes ayant fait les études complètes prescrites par la loi, pour en déduire les meilleurs, et non de les réserver à une coterie, où les connaissances spéciales semblent être remplacées par une suffisance et des prétentions ridicules.*

L'impartialité s'imposait !

COMME DOYEN DE LA FACULTÉ, *il avait le devoir de défendre tous les diplômés, à quelque titre qu'ils le fussent ; sa responsabilité étant la même pour tous ; mais il était incité, d'autre part,* COMME MÉDECIN, *à favoriser ses confrères stomatologistes, et pouvait craindre, à l'un et l'autre titre, que les concours accessibles aux chirurgiens-dentistes ne vinssent infirmer ses affirmations au sujet de la prétendue supériorité des docteurs sur leurs concurrents spécialistes.*

La partialité était à craindre !

Enfin COMME COMMISSAIRE DU GOUVERNEMENT, *ayant accepté de défendre la loi portant réglementation de l'exercice de l'art dentaire en France, il était tenu de soutenir l'œuvre qu'il avait présentée aux Chambres,*

— dans les meilleurs termes, du reste, — et qu'il s'était engagé à mener à bien.

Noblesse oblige!

Je viens de relire les brillants discours prononcés par M. Brouardel, pendant la discussion de cette loi, soit à la Chambre, soit au Sénat, et je suis encore frappé de ses affirmations et de ses énergiques déclarations, concernant les sérieuses garanties que les chirurgiens-dentistes présenteraient désormais, au sujet de la santé publique, ainsi que de son engagement à veiller à l'application de la loi à cet égard, levant une à une toutes les objections présentées par quelques législateurs prudents ou pessimistes.

De toutes ces promesses que reste-t-il? Rien.

C'est le fonctionnaire, enchaîné par la solidarité médicale, qui a fait taire les scrupules du commissaire du Gouvernement et du membre du conseil de l'Assistance, soit; mais il serait difficile d'y trouver une excuse à la partialité des arguments dont il s'est servi, à la dernière heure, pour circonvenir ses collègues et enlever un vote qui paraissait douteux, et auquel ni lui ni ses collègues-médecins n'auraient dû prendre part, en tout esprit d'équité, ce qui eut bien changé la face des choses!

J. D'ARGENT

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

Ainsi que nous le faisions pressentir dans l'article que nous avons écrit dans un numéro précédent au sujet de la Fédération dentaire internationale, les travaux du Conseil exécutif, qui vient de tenir sa première session à Londres et à Cambridge, ont été des plus importants.

Les neuf membres du Conseil étaient présents à cette session, ce qui montre que chacun de ceux qui ont été nommés à la dernière Assemblée générale du Congrès dentaire international de 1900, a tenu à remplir le devoir qui résultait de son titre. Seul, un des membres, le Dr Pichler, de Vienne, qui n'avait pu accepter cette fonction vu son mauvais état de santé, manquait à l'appel, mais il avait demandé à son collègue le Dr Franck, de Vienne également, de le remplacer.

Ne pouvant pas, dans ce bref article, exposer en détail les différentes phases des travaux du Conseil qui seront d'ailleurs publiés d'autre part, nous nous contenterons d'énumérer les principales décisions qui ont été prises dans les diverses séances qui se sont tenues les 4, 5, 6, 7 et 8 août, à Londres et à Cambridge.

F. D. I.

CONSEIL EXÉCUTIF. RÉUNIONS DE 1901.

Décisions.

1° Adoption des procès-verbaux résumant le travail du bureau pendant 1900-1901;

2° Acceptation de la démission du Dr Pichler comme membre du Conseil. Des regrets lui seront exprimés;

3° Admission de M. le Dr Frank comme membre de ce Conseil pour la session de 1901;

4° Approbation du rapport du Secrétaire général sur l'organisation de la Commission d'enseignement;

5° Refus de la démission de M. Rosenthal, de Bruxelles;

6° Approbation du rapport du Secrétaire général au Conseil exécutif;

7° Nomination des membres du Conseil exécutif comme membres de la Commission d'enseignement;

8° Admission de MM. Bryan, de Bâle, Tzigmondy, de Vienne, et Haderup, de Copenhague, comme membres titulaires de la Commission d'enseignement;

9° Vote de remercîments à la British dental Association, aux présidents et au secrétaire de cette Association, ainsi qu'à l'Université de Cambridge et au Royal Temple Yacht Club, qui avaient offert l'hospitalité de leurs locaux à la Fédération;

10° Election du Bureau du Conseil exécutif :

M. Godon fait valoir qu'il lui paraît absolument nécessaire, vu le caractère international de la réunion, de changer chaque année le Président. Les membres présents n'acceptent pas cette manière de voir et pensent que, l'organisation de la Fédération étant encore en voie de formation, il est nécessaire de garder le même Président.

Le vote donne la majorité des voix à M. Godon pour la présidence.

M. Godon refuse. Il est procédé à un deuxième tour de scrutin. Les suffrages exprimés donnent le même résultat.

En conséquence, M. Godon est nommé Président du Conseil exécutif, MM. Cunningham et Förberg, vice-présidents, M. Sauvez, secrétaire général.

11° Nomination de M. Pearson, de Toronto, comme membre adjoint de la Commission d'enseignement pour la session, ainsi que de MM. Viau et Choquet, de Paris, Dr Weiser, de Vienne, Baruch, Quarterman, et Huet, de Bruxelles, Witthaus, de Rotterdam, W. Dall de Glascow ;

12° Le Conseil exécutif se réunira à Stockholm en 1902, au mois d'août, au moment de la réunion annuelle de l'American Dental Society of Europe, sur l'invitation de MM. Förberg, Forssman, Sandstedt et Christiensen ;

13° Adoption du principe de la constitution d'une Commission d'hygiène dentaire publique ;

14° Nomination de MM. Förberg, Frank et Cunningham comme membres de cette Commission pour un an, avec mission de présenter un rapport à la prochaine session du Conseil exécutif ;

15° M. Frank est chargé de prendre l'initiative du travail de cette Commission ;

16° La F.D.I. est représentée par un Conseil exécutif composé de neuf membres titulaires, choisis par le Congrès, représentant les différentes nationalités ou groupes de nationalités ;

17° Adoption du principe de la nomination de membres du Conseil adjoints ;

18° Adoption du projet de règlement élaboré par le sous-comité nommé à cet effet ;

19° Le règlement est adopté pour une année et sera revisé à la prochaine session ;

20° La question du prochain Congrès sera étudiée dans la réunion de Stokholm ;

21° Le Comité national russe sera invité à désigner un membre adjoint pour le Conseil exécutif et un membre pour la Commission d'enseignement ;

22° Le bureau est autorisé à convoquer ces deux membres pour la réunion de Stockholm ;

23° Le Comité national autrichien sera invité à désigner un membre du Conseil exécutif en remplacement de M. Pichler, démissionnaire, pour la prochaine session ;

24° Le Conseil félicite ce Comité d'avoir envoyé le Dr Frank ;

25° Les Fédérations nationales sont invitées à confirmer les pouvoirs de leurs délégués ou à ommer un représentant pour la session ;

26° Le bureau est invité à présenter à Stockholm un rapport sur les modifications à apporter au nombre des membres du Conseil suivant les divers pays;

27° Les membres du Conseil feront parvenir au secrétaire général un rapport sur la situation professionnelle dans chaque pays au point de vue de la législation, du nombre des dentistes, des écoles, des sociétés et des journaux.

On peut voir par l'énumération de ces décisions combien les séances ont été remplies; jusqu'à cette époque, le Conseil n'avait pas de règlement, et le principal travail de cette session a consisté à élaborer un règlement, d'accord avec les divers membres, et basé sur un projet qui avait été préparé par une commission composée de MM. Godon, Cunningham et Sauvez, et qui s'était réunie plusieurs fois pendant l'année à cet effet.

Ce règlement, qui paraîtra ultérieurement, et qui tient compte des légitimes revendications des représentants des diverses nationalités ou groupes de nationalités, formera pour cette année un guide, un plan de travail pour la prochaine session, à Stockolm.

Notre ami Roy a mieux dit que nous ne saurions le faire, l'accueil aimable fait par nos confrères anglais aux membres de la Fédération et aux membres de la délégation française avec lesquels ils étaient entrés en rapport à l'occasion du Congrès dentaire international de 1900. Nous sommes tous revenus enthousiasmés des réceptions, des banquets, et de l'hospitalité si affable de nos confrères anglais.

Nous terminerons là ces quelques lignes, destinées simplement à mettre les lecteurs de *L'Odontologie* au courant des principaux résultats des travaux du Conseil exécutif de la Fédération dentaire internationale.

Nous sommes très heureux de voir que la session de 1901 a été aussi brillante, car nous nous occupons de cette question de Fédération dentaire internationale depuis le début de l'organisation du Congrès dentaire international de 1900, et nous constatons que notre rêve est devenu réalité. La Fédération était née viable; elle a déjà plus d'un an de date et vient de faire ses premiers pas. Elle a été baptisée à la vieille Université de Cambridge et le règlement qu'elle s'est constitué lui assure une longue existence.

Dr SAUVEZ.

COMMISSION INTERNATIONALE D'ENSEIGNEMENT

(LONDRES ET CAMBRIDGE, DU 4 AU 7 AOUT 1901)

Par le Dr Maurice Roy.

La Commission Internationale d'enseignement, créée comme annexe de la Fédération dentaire internationale par un vote du Congrès de 1900, s'est réunie pour la première fois à Londres le 4 août dernier. On se souvient que le Conseil exécutif de la Fédération avait, à la clôture du Congrès, désigné pour divers pays les membres qui devaient former cette Commission d'enseignement. La plupart de ceux-ci se trouvaient donc réunis le 4 août, à Londres.

La Fédération décida que ses membres feraient partie de droit de la Commission, et que l'on admettrait comme membres adjoints avec voix consultative, les délégués de diverses sociétés nationales et diverses personnalités présentes. Elle régularisa également la situation de plusieurs délégués qui, n'étant pas venus, avaient désigné un de leurs confrères pour les remplacer. La Commission se trouva donc composée ainsi :

Membres titulaires : MM. Aguilar (Madrid), Brophy (Chicago), Bryan (Bâle), Cunningham (Cambridge), Frank (Vienne), Förberg (Stockholm), Godon (Paris), Grevers (Amsterdam), Haderup (Copenhague), Harlan (Chicago), Hesse (Leipzig), Kirk (Philadelphie), Paterson (Londres), Queudot (Paris), Rosenthal (Bruxelles), Roy (Paris), Sauvez (Paris), Zsigmondy (Vienne).

Membres adjoints pour la session : MM. Baruch (Bruxelles), Huet (Bruxelles), Pearson (Toronto), Quarterman (Bruxelles), Viau (Paris), Weiser (Vienne).

Dans sa première séance du 4 août, présidée par M. Godon, M. Sauvez donna, au nom de la Fédération, lecture de son rapport dans lequel il proposait de nommer cinq rapporteurs qui seraient chargés d'étudier chacun une des cinq questions suivantes :

1° Education préliminaire aux études dentaires ;

2° Temps, durée et ordre des études ;

3° Programme de l'éducation scientifique et médicale nécessaire aux étudiants dentistes ;

4° Programme de l'enseignement technique ;

5° Qualification et diplôme du dentiste.

Il fut ensuite donné lecture de la correspondance et notamment d'une lettre de M. Guillermin, de Genève, qui, s'excusant de ne pouvoir venir, faisait part de ses vues sur l'enseignement tel qu'il lui paraissait devoir être organisé.

De même on donna lecture d'un long et fort intéressant rapport

sur le même sujet de M. Arkövy, de Buda-Pesth, également empêché de venir.

Le 5 août, dans sa seconde séance, la Commission constitua son bureau, qui est ainsi composé jusqu'à la prochaine session.

Président. M. Brophy (Chicago).

Vice-présidents. MM. Kirk (Philadelphie).
Paterson (Londres).
Zsigmondy (Vienne).

Secrétaire. M. Roy (Paris).

M. Godon fut adjoint au bureau.

Dans cette séance commença la discussion générale sur l'enseignement qui se continua durant toute la séance du 6 août et à laquelle prirent part MM. Brophy, Haderup, Aguilar, Roy, Weiser. Cette discussion reprit, avec encore plus d'étendue, à Cambridge, en séance publique.

On a vu, par le compte rendu général de la Fédération, que celle-ci se réunit le 7 août à Cambridge sous la présidence de Sir Michaël Foster, député vice-chancelier et professeur de l'Université de Cambridge.

La séance fut ouverte en présence de plus de soixante membres anglais ou étrangers parmi lesquels le professeur Tarloy, de Cambridge, le Dr Griffiths, de Cambridge, le Dr Sims Woodhead, de Cambridge, le Dr Brown, de Londres, etc., dans l'amphithéâtre de physiologie de l'*University Museum.*

Après une adresse de bienvenue à laquelle M. Godon répondit en remerciant l'Université de Cambridge de l'hospitalité qu'elle voulait bien accorder à la Fédération naissante, Sir Michaël Foster prononça un remarquable discours, qu'il ne nous est possible que de résumer brièvement ici. Dans ce discours, examinant ce que doit être l'éducation du dentiste, il dit que celle-ci doit être l'éducation d'un homme appelé à soigner des malades, c'est-à-dire qui à ce titre a besoin d'un enseignement général et spécial pour devenir un dentiste savant dans son art et non un empirique. Pour cela il a besoin de connaissances en pathologie, en bactériologie, en anatomie et en physiologie pour qu'il puisse comprendre la pathologie. Mais il ne paraît pas nécessaire que l'étudiant dentiste ait des connaissances aussi étendues que l'étudiant en médecine sur les détails de l'anatomie et de la pathologie, tandis qu'il doit avoir une connaissance parfaite de l'anatomie, de la physiologie, de la pathologie et de la thérapeutique de la dent, d'où la nécessité d'un enseignement spécial ayant pour but unique de faire de lui le meilleur praticien possible.

L'orateur, fréquemment interrompu par les applaudissements de l'assemblée, fut vivement acclamé à la fin de son discours, dont M. Godon, président de la Fédération, s'empressa de le remercier en

lui disant combien les membres de la Fédération étaient heureux des si bons et si judicieux conseils qu'il venait de leur donner et qui constituaient le meilleur programme des travaux de la Commission d'enseignement. M. Godon prononça ensuite un excellent discours sur les données générales d'après lesquelles doit être organisé un enseignement rationnel de l'art dentaire en s'appuyant sur les travaux d'Herbert Spencer sur l'éducation.

Après ce discours, unanimement applaudi par l'Assemblée, la séance fut suspendue pour permettre à l'assistance de prendre part à un lunch qui était offert par sir Michaël Foster au *Trinity College*.

La séance fut reprise à trois heures dans le Hall du Trinity College de nouveau sous la présidence de Sir Michaël Foster qui prononça une courte allocution en ouvrant la séance. M. le Dr Griffiths, chirurgien d'*Addene'brooks Hospital*, prit ensuite la parole et dit qu'il s'associait à ceux qui pensaient que l'étudiant dentiste doit être instruit dans sa propre profession du commencement à la fin et qu'il importait qu'il ne cherchât pas à être un médecin, mais un dentiste. Puis un grand nombre d'orateurs prirent successivement la parole: MM. Woodhead, Brophy, Hesse, Kirk, Brown, Aguilar, Cunningham, Förberg qui invita la Fédération à se réunir à Stockholm l'année prochaine, Rosenthal, Léon Williams. Nous regrettons de ne pouvoir résumer tous leurs discours, dont le compte rendu sténographique sera publié ultérieurement, par crainte de dénaturer leur pensée, car actuellement nous n'en avons pas de résumé anglais comme pour les précédents.

Après ces discours, la séance publique fut alors levée et la Commission d'enseignement se réunit en comité. Elle prit les résolutions suivantes :

1° Les délégués de chaque pays représentés seront chargés de faire, pour la réunion de l'an prochain, un court résumé de quelques pages, exposant, *sans aucun commentaire ou appréciation*, l'état de la législation et de l'enseignement dans leurs pays respectifs. La Commission collationnera ces rapports et les fera imprimer;

2° La Commission étudiera les conditions dans lesquelles les écoles dentaires pourront lui être affiliées;

3° Chaque membre de la Commission est chargé pour son pays de faire un rapport sur les points suivants :

a) Quelles seront les études préliminaires qui doivent être requises pour l'admission des étudiants à l'éducation dentaire professionnelle?

b) Quelle doit être la composition, la durée et l'ordre des matières du programme des études dentaires?

c) Quelle part des études, telles qu'elles sont faites dans les écoles de médecine, doit être suivie par l'étudiant dentiste ?

Ce rapport est personnel et n'engage pas les pays représentés,

il sera adressé avant le 1er mai 1902 au secrétaire de la Commission, qui est chargé de le faire imprimer et de l'adresser à chaque membre;

4° Une souscription volontaire est ouverte entre les différents membres de la Commission et entre les sociétés représentées pour constituer les fonds nécessaires à la publication des comptes rendus de cette réunion et aux dépenses dans lesquelles la F. D. I. peut s'engager;

5° La prochaine réunion est fixée au mois d'août 1902 à Stockholm.

La Commission d'enseignement a alors clôturé ses travaux en chargeant son bureau de l'exécution de ces décisions.

Comme on l'a vu par le compte rendu général, un banquet à *Downing College* de Cambridge a terminé la dernière réunion de la Fédération et tous les membres de la F. D. I. se sont séparés en se donnant rendez-vous à l'année prochaine, à Stockholm.

DES DIFFÉRENTES FORMES DE LA SEPTICÉMIE BUCCALE

Par Pierre Sebileau

Professeur agrégé à la Faculté, Chirurgien des hôpitaux.

Dans le cours de ces dernières années, j'ai observé plusieurs cas d'infection générale très grave sur des sujets atteints de maladies tout à fait banales des dents ou des gencives. Les accidents dont j'ai été le témoin se sont tous terminés par la mort. Voici les réflexions qu'ils me suggèrent.

*
* *

La bouche est, à l'état normal, et dans ce qu'on peut appeler, s'il existe, l'état de santé parfaite, peuplée de micro-organismes. De ces micro-organismes, les uns, hôtes habituels et assez ordinairement inoffensifs, y vivent en simples saprophytes : tels le leptothrix buccalis, le bacillus subtilis, le bacillus thermo, le bacillus Ulna, le spirillum rugula. Les autres sont des bactéries pathogènes : tels le miccrococcus pyogenes aureus, le pyogenes albus, le streptocoque, le pneumocoque, le pneumo-bacille de Friedländer, le bacille de Lœffler, le bacille de Koch enfin, visiteur plus rare et plus discret. A la vérité, ces micro-organismes pathogènes se comportent, eux aussi dans l'exercice régulier de la vie. comme des saprophytes vulgaires, atténués qu'ils sont et, pour ainsi dire, amenés à une sorte de vie latente, comme écrivait Girode, par l'exhalaison constante de mucus qui se produit à la surface de l'épithélium buccal et par l'action bactéricide de la salive. Mucus buccal et salive dérivent, en effet, l'un et l'autre, du plasma sanguin et participent de ses propriétés germicides. Puis, il y a encore, comme dit Hugenschmidt, l'action mécanique de cette salive qui exerce dans la bouche une sorte d'irrigation continue, et, enfin, la concurrence vitale des microbes, leur antagonisme et la destruction réciproque qui en est la conséquence. Aussi l'action de toutes ces bactéries, pathogènes et non pathogènes, s'exerce-t-elle exclusivement, à l'état normal, sur les débris alimentaires et sur la salive ; de leur influence sur ceux-là résultent les fermentations désagréables de la bouche ; de leur influence sur celle-ci résulte la précipitation des sels de la salive et la production du tartre dentaire.

Au reste, et pour parer d'une manière continue à l'action si facilement pathogène d'un grand nombre des bactéries de la cavité buccale, notre organisme est protégé par une triple ligne de défense. C'est, au premier plan, la continuité du vernis épithélial et la phagocytose que viennent exercer dans la bouche les leucocytes attirés par

les propriétés chimio-tactiques de la salive (Hugenschmidt). Stoer a montré, du reste, que les sécrétions glandulaires renferment, à l'état normal, des leucocytes. C'est, au second plan, s'il est vrai, ainsi que l'ont dit Sarré et Warmuth [1], que le revêtement éphithélial n'est pas toujours infranchissable, ce puissant épanouissement de follicules clos qui s'étale dans le derme de la langue, du pharynx, de l'amygdale. C'est, enfin, cette chaîne pour ainsi dire ininterrompue de glandes lymphatiques qui encerclent d'un véritable anneau de protection ganglionnaire le pharynx et la bouche. Qualité et quantité naturelles de la salive et du mucus buccal, intégrité du revêtement épithélial, exercice régulier de la phagocytose leucocytaire dans l'intérieur de la bouche, dans la zone dermique et dans l'appareil ganglionnaire cervical, telles sont les conditions qui assurent la suprématie de notre individu sur ses parasites, et l'équilibre de la vie.

Mais qu'un de ces trois éléments nécessaires à la préservation de l'individu soit détruit ou altéré, voilà que celui-ci devient la proie de l'infection. La salive et le mucus buccal sont-ils modifiés dans leur composition chimique, leur coefficient de sécrétion est-il diminué, la diapédèse est-elle en souffrance, le pouvoir englobant et destructeur des cellules phagocytaires est-il ébranlé : le staphycoloque, le streptocoque, le pneumocoque, de saprophytes qu'ils étaient, deviennent pathogènes. Ainsi agissent, et, sans doute en mettant concurremment en œuvre tous les mécanismes que je viens d'indiquer, les grandes pyrexies, les intoxications, le refroidissement, le surmenage, la misère physiologique. Ce n'est pas là une simple vue de l'esprit : chacun sait (Villemin) que l'urine devenue ammoniacale perd ses propriétés bactéricides ; qu'après l'inoculation du bacille pyocanique la diapédèse devient nulle ; que la phagocytose ne s'opère plus chez les lapins refroidis à 30° ; que les suppurations se localisent du côté paralysé chez les hémyphlégiques ; que les évolutions évoluent avec une gravité toute particulière chez les animaux surmenés, mis au manège.

Eh bien ! que dans ces conditions, sous l'influence desquelles s'exalte si fortement la virulence bactérienne, survienne une excoriation de l'épithélium buccal, et voilà la porte ouverte à des accidents dont la gravité peut devenir extrême. Or, considérez combien est exposée la muqueuse de la bouche aux érosions et ulcérations de toutes sortes, et combien grande est la fréquence de celles-ci. Les plaies de la langue, des gencives et de la joue, produites par la mastication et le contact d'aliments trop durs, par le frottement de la langue sur une dent déviée ou aiguë, par l'usage du cure-dents ; les desquamations épithéliales provoquées par les brûlures ; les aphtes,

---

1. P. Villemin, *L'infection purulente*. *Méd. mod.*, 1898, p. 544.

l'herpès ; voilà autant de brèches par où l'agent infectieux peut, à chaque instant, pénétrer. Mais de toutes les modifications ou altérations de la bouche, la plus importante, et de beaucoup, dans l'espèce, est la carie dentaire. Importante, en effet, par la nature même des lésions qu'elle détermine : l'ouverture de la cavité pulpaire, l'infection et la suppuration de la pulpe. Une pulpe ouverte, c'est une bouche absorbante toujours béante pour les bactéries du voisinage ; une pulpe infectée, c'est, dans l'organisme, un foyer de suppuration avec toutes les fermentations dont il devient l'origine ; c'est, en résumé, cet organisme exposé à l'empoisonnement par les ptomaïnes du pus, par les « décharges dans le torrent circulatoire » des toxines du staphylocoque, du streptocoque et des anaérobies.

*
* *

La multiplicité des accidents dont la carie dentaire peut devenir l'origine tient à deux causes : d'abord au caractère polypathogène, si je puis ainsi parler, de la plupart des espèces microbiennes qui cultivent dans la bouche : ensuite au voisinage anatomique de la dent.

Quelques mots sur le rôle polypathogène des bactéries buccales. Si le pneumocoque, le bacille de Lœffler, le bacille de Koch n'engendrent qu'une seule maladie et sont, au sens propre du mot (à ce qu'il nous semble, au moins, pour le moment), vraiment spécifiques, il en est tout autrement du staphylocoque et du streptocoque, qui, suivant leur virulence, leur mode de pénétration dans l'économie, la puissance phagocytaire de l'individu frappé, leurs différents modes d'association, et, sans doute, suivant beaucoup d'autres conditions encore que nous méconnaissons, peuvent engendrer sur place une suppuration circonscrite ou diffuse, gagner les lymphatiques et donner naissance à l'angioleucite, à l'adénite, à l'adéno-phlegmon, ou bien à l'érysipèle et aux vastes infiltrations septiques du tissu cellulaire, pénétrer dans les veines et produire la phlébite ; ici, déterminer un accident régional tout à fait bénin ; là, au contraire, donner les septicémies et les pyohémies les plus graves.

Un mot, maintenant, du voisinage anatomique de la dent. Les dents garnissent la bouche. Or, cette bouche est limitée par des os sur lesquels les dents sont précisément implantées ; elle est, par des canaux excréteurs, en continuité avec les acini de plusieurs glandes salivaires; elle est proche d'une cavité aérienne de la face, le sinus maxillaire ; elle est en communication en arrière et en haut avec le pharynx et la trompe d'Eustache qui débouche dans celui-ci, en bas avec la trachée, à l'extrémité de laquelle s'épanouit l'efflorescence broncho-pulmonaire, et avec l'æsophage, collecteur de l'estomac. Enfin, disposition anatomique des plus importantes, chaque dent renferme une pulpe qui peut être considérée comme une véritable

éponge vasculo-nerveuse où s'étale un appareil de nutrition émané d'un alvéole très richement vascularisé et dont les veines ne sont pas sans nombreux rapports d'intimité avec les veines encéphaliques.

Variabilité clinique des infections d'origine dentaire, multiplicité des organes qu'elles peuvent atteindre : telle est la formule en laquelle peut se résumer l'histoire de ces infections. Les micro-organismes agissent-ils sur place : ils attaquent d'abord l'alvéole (périostite alvéolo-dentaire, abcès alvéolaire), puis le corps mandibulaire (ostéo-périostite, ostéomyélite des mâchoires) ou bien, tout en même temps, os et revêtement muqueux (gangrènes graves de la bouche par moi décrites [1]).

Etendent-ils leur influence sur les organes qui sont en continuité de tissus avec la bouche : voilà que naissent les inflammations ascendantes des glandes salivaires, la sténo-parotidite. Effondrent-ils le fond des alvéoles de la dent de six ans ou de la dent de douze ans : c'est maintenant la sinusite maxillaire. Pénètrent-ils dans les voies aériennes : éclatent alors les broncho-pneumonies à formes diverses. S'introduisent-ils dans l'appareil digestif : ils produisent, ou, pour le moins, contribuent à produire, chez ces sujets dont la carie dentaire s'entoure d'abcès alvéolaires à répétition, cet état de fatigue, de pâleur, d'amaigrissement que Lejars [2] désignait récemment sous le nom de cachexie dentaire, et, chez les personnes frappées d'une suppuration aiguë de la bouche, — tels les malades atteints d'une fracture du maxillaire inférieur, — les accidents que Richet [3] décrivait autrefois sous le nom d'intoxication putride aiguë et qu'il attribuait à la simple déglutition des sécrétions putrides, oubliant le rôle important que doit jouer, dans la genèse de ces complications septiques, l'absorption des bactéries pathogènes par les fragments osseux baignant dans les sécrétions de la bouche.

Il y a donc deux sortes d'infections d'origine buccale : des infections régionales, bénignes, dont je ne dirai rien, et des infections graves dont je vais étudier les différentes formes cliniques. Ces formes sont au nombre de trois : 1° la septicémie lymphatique ou lympho-phlegmoneuse du cou ; 2° la septicémie phlébitique ou phlébo-phlegmoneuse de la face ; 3° la septicémie générale sans détermination topographique.

*
* *

Des septicémies lympho-phlegmoneuses du cou. — Partie d'une ca-

---

1. Pierre Sebileau, *Des gangrènes graves de la bouche. Revue de stomatologie*, 1898.
2. Félix Lejars, *Leçons de chirurgie.* Masson, Paris, 1895, p. 330.
3. Richet, *De l'intoxication putride qui accompagne certaines fractures dites simples du maxillaire inférieur. Bull. de la Soc. de chir.*, 1865, 2e série, T. III, p. 410-429, 431.

vité pulpaire, d'un alvéole en suppuration, d'une gencive ulcérée, l'infection septique peut gagner les vaisseaux lymphatiques et les groupes ganglionnaires auxquels ceux-ci aboutissent : ainsi se développent, par exemple, les lymphangites sous-mentale, sous-maxillaire, carotidienne. C'est la manifestation la plus atténuée de l'état infectieux. Dans d'autres cas, le processus inflammatoire déborde l'appareil lymphatique et rayonne de lui vers le tissu cellulaire du voisinage : alors sont constituées les péri-angioleucites, les péri-adénites, véritables lympho-phlegmons qui peuvent rester circonscrits, — c'est l'ordinaire, — et demeurer tout à fait bénins ou bien revêtir quelques caractères de gravité, affecter même, chez certains malades, une allure gangréneuse, mais dans l'évolution desquels, au total, l'état local domine toujours la scène et garde le pas sur les symptômes généraux. Mais cela n'est pas la septicémie lympho-phlegmoneuse du cou. La voici :

Chez certains malades, parallèlement à l'envahissement du tissu cellulaire du cou, lequel envahissement est, en ce cas, presque toujours remarquable par sa diffusion et sa rapidité, chez certains malades, dis-je, on voit évoluer des accidents d'une infection générale très grave et souvent si rapide que les manifestations locales, si intenses qu'elles soient, passent alors au second plan.

Trois choses caractérisent, anatomiquement, ces septicémies lympho-phlegmoneuses du cou : 1° elles tendent à la diffusion ; 2° elles n'ont pas de détermination anatomique constante ; 3° elles n'ont pas de fixité dans leur topographie.

De la diffusion je n'ai rien à dire ; elle est le propre de toutes les infections graves du tissu cellulaire ; mais celle-ci a quelque chose de particulièrement rapide.

Quand je dis que les cellulites lympho-septiques du cou n'ont pas de détermination anatomique constante, j'entends que, si elles se développent parfois autour d'un groupe ganglionnaire (adéno-phlegmon), plus souvent encore elles naissent simplement autour des vaisseaux lymphatiques infectés (périlymphangite), sans retentissement adénopathique apparent. Il semble même que l'infection, tant elle est grave, n'ait ordinairement pas le temps d'aboutir aux ganglions et que la réaction de défense s'opère d'emblée dans le tissu conjonctif autour des vaisseaux lymphatiques, tout près du point où ceux-ci ont puisé le poison.

En d'autres termes, les cellulites virulentes du cou sont autant et plus peut-être des lymphangites phlegmoneuses que des adéno-phlegmons diffus, des périlymphites que des périadénites. Mais ce sont, le plus souvent, l'une et l'autre chose, ainsi qu'en font foi les faits cliniques dont je parlerai bientôt.

Quand je dis, enfin, que « les cellulites septiques du cou ne sont

pas fixes dans leur topographie », j'entends par là que leur siège est, en quelque sorte, indifférent, que la région où éclatent leurs premiers symptômes est variable et indéterminée. C'est un point sur lequel il importe d'insister.

S'il est vrai de dire que, jusqu'à ce jour, les histologistes n'ont pas découvert de vaisseaux lymphatiques dans la pulpe dentaire, cela est une erreur de répéter avec Magitot que les maladies dentaires n'ont « aucun retentissement sur l'appareil ganglionnaire ». C'est, au contraire, une notion banale et répandue dans l'esprit des plus jeunes cliniciens, que l'adénite cervicale est souvent fonction de carie dentaire, d'ouverture et d'infection de la pulpe. A défaut de lymphatiques intra-dentaires, la fibromuqueuse gingivale, avec « son riche réseau de capillaires lymphatiques », pénètre dans l'alvéole, adhérente à cet alvéole et à la dent, pour aller conduire à celle-ci, sous le nom de périoste alvéolo-dentaire, la membrane où cheminent les vaisseaux qui assurent sa nutrition. Or, où aboutissent tous ces vaisseaux lymphatiques des gencives et, d'une manière générale, tous ceux de la muqueuse de la bouche ? Aux ganglions qui se cachent sous le bord basilaire de la mâchoire ; à ceux qui occupent l'espace sous-parotidien; à ceux, enfin, qui forment cette partie de la longue chaîne sous-sterno-mastoïdienne qui occupe, derrière la grande corne de l'os hyoïde et plus haut, au droit de l'angle mandibulaire, la région où s'épanouit l'artère carotide externe. Il en résulte qu'au cas même où l'on pourrait faire des septicémies phlegmoneuses du cou, d'origine buccale, de véritables périadénites diffuses, il serait impossible de leur assigner une localisation topographique unirégionale ; à plus forte raison en est-il ainsi, puisqu'elles sont, je le répète, autant et plus des périlymphites que des périadénites.

Aussi suffit-il de lire les observations résumées dans la thèse de Gaston Leterrier [1] et dans le Mémoire de J. Huguet et R. de Bovis [2] pour se convaincre que les premiers symptômes de l'infection locale éclatent dans des régions différentes. C'est assez souvent autour des vaisseaux et des ganglions lymphatiques de la région sous-maxilaire et de la région sous-mentale : *cellulite sous-mandibulaire, cellulite sous-mentale*. C'est encore le long des vaisseaux lymphatiques qui, de la base de la langue, cheminent vers le groupe des ganglions sterno-mastoïdiens appliqué sur le bouquet artériel que forment les premières branches de la carotide externe : *cellulite périhyoïdienne*,

---

1. Gaston Leterrier, *Du phlegmon sublingual dit angine de Ludwig. Thèse*, Paris, 1893, nº 14, de la page 1 à la page 70, à Paris, chez Henri Jouve, 15, rue Racine.

2. J. Huguet et R. de Bovis, *Contribution à l'étude des phlegmons sus-hyoïdiens. Archives générales de médecine*, Avril 1894, nº 4, de la page 555 à la page 568, à Paris, chez Asselin et Houzeau, place de l'École-de-Médecine.

dont Brousse et Brault [1] rapportaient, il y a quelques années, un cas bien étudié. C'est encore autour de cette zone lymphatique du grand département sous-sterno-mastoïdien qui, dans la région de l'amygdale, au-dessus de l'os hyoïde, à la hauteur de l'angle de la mâchoire, répond au bouquet des branches supérieures de la carotide externe et occupe, au contact de la paroi pharyngienne, l'hiatus créé entre le constricteur supérieur et le constricteur inférieur par l'écartement des faisceaux musculaires : *cellulite latéro-pharyngienne* de A. Broca [2], dont j'ai obervé un cruel exemple. C'est, enfin, dans la région parotidienne : *cellulite maxillo-pharyngienne*, dont Boehler cite une observation publiée par Haering.

Cela dit, je reconnais volontiers que les cellulites septiques de la région cervicale d'origine bucco-dentaire siègent le plus ordinairement dans la région sublinguale, au-dessus du muscle mylo-hyoïdien qui forme la charpente du plancher de la bouche, dans cette région disposée en pyramide triangulaire qui forme le département sublingual [3], région qui, limitée en dehors par la face interne de la mâchoire et le muscle mylo-hyoïdien, en dedans par le génio-glosse et le génio-hyoïdien, en haut par la muqueuse qui revêt le plancher de la bouche, en bas par la ligne où confinent la paroi externe et la paroi interne, contient, cheminant sous la face profonde de la glande sublinguale, au milieu d'un tissu cellulaire à mailles très lâches (bourse de Fleischmann), l'artère sublingale, les veines sublingales, le nerf lingual, des vaisseaux lymphatiques venus de la face inférieure de la langue et du plancher de la bouche, le canal de Warthon, le conduit de Rivinus Bartholin et les canaux de Walther. C'est aux cellulites septiques de ce creux sublingual, à ces phlegmons infectieux du plancher de la bouche, qu'on a donné le nom d'*angine de Ludwig*, en mémoire de celui qui paraît les avoir décrits le premier, sous une appellation, d'ailleurs tout à fait impropre. Quoique ces phlegmons se propagent avec une extrême rapidité à la région sous-maxillaire latérale, laquelle du reste présente avec le creux sublingual une large communication cellulo-vasculo-glandulaire, je trouve tout à fait naturel, tant en raison de la fréquence avec laquelle ils se développent que de leur physionomie topographique particulière, je trouve tout naturel, dis-je, qu'on réserve à ces phlegmons infectieux du plancher de la bouche, à ces « angines de Ludwig », un chapitre de l'histoire des phlegmons du cou, et même qu'on établisse en leur

---

1. Brousse et Brault, *Phlegmon grave de la loge glosso-thyro-épiglottique. Revue de chirurgie*, 1893, 10 février.

2. A. Broca, *Traité de chirurgie de Duplay et Reclus.* T. V. p. 345, chez Masson, Paris, 1898.

. Pierre Sebileau. *Le département sublingual. Démonstration d'anatomie*, p. 168, chez Steinheil, Paris, 1892.

faveur, sous un nom spécial, une sorte de différenciation clinique. Mais je dis qu'il ne faut pas aller plus loin, qu'on ne doit pas, comme Pierre Delbet[1], leur attribuer une « individualité nosologique spéciale », qu'on ne doit pas, comme A. Demoulin[2], écrire que M. Delorme a « donné la note juste en considérant l'angine de Ludwig comme une affection bien spéciale ».

Et comme si la critique de ces conceptions trop analytiques devait venir de ceux-là mêmes qui les ont formulées, n'est-il pas précisément curieux de voir Pierre Delbet affirmer la localisation sublinguale des lésions, tandis que Tissier les considère comme un « bubon sous-maxillaire » ?

Cela dit, il faut reconnaître que, de toutes les septicémies lymphocervicales, la septicémie de Ludwig, la cellulite du département sublingual est d'observation beaucoup plus commune que celle de toutes les autres régions. Je pense même qu'on peut expliquer ce fait par une virulence extrême du microbe pathogène qui, staphylocoque ou streptocoque, produit ses ravages d'une manière pour ainsi dire instantanée, au point même où il s'est introduit dans le système lymphatique. On pourrait, me semble-t-il, comparer ce véritable phlegmon sous-muqueux diffus du plancher de la bouche avec ces suppurations également hyperseptiques qui se développent sous la muqueuse du pharynx ou des gouttières laryngées, et qu'après Senator, A. Dudefoy[3] décrivait, il y a quelques années, sous le nom de phlegmon infectieux pharyngo-laryngé.

On entend souvent dire des cellulites septiques du cou qu'elles sont des phlegmons gangreneux : dans certains cas, peut-être ; mais pour ceux dont je vous parle, certes non ; ici, les accidents d'infection générale dominent la scène et évoluent avec une telle rapidité qu'ils emportent le malade avant l'apparition des plaques de sphacèle; ce n'est vraiment pas d'un phlegmon, mais proprement d'une septicémie qu'il s'agit.

Chacun connaît, pour l'avoir observée, l'évolution clinique des septicémies lympho-phlegmoneuses du cou, qui, au point de vue anatomique, réalisent soit des septicémies simples, soit des septicopyohémies.

Elles sont caractérisées par la rapide diffusion du processus phlegmoneux, l'infiltration dure, ligneuse, sans œdème, du tissu conjonctif, la réaction musculaire rapide et violente des muscles voisins, se

---

1. Pierre Delbet, *Le phlegmon sublingual. Gaz. méd. de Paris*, 1894, 7 avril, n° 14, p. 158.

2. A Demoulin, *De l'angine de Ludwig. Archives générales de médecine*, 1894, février, n° 2, p. 202, à Paris, chez Asselin et Houzeau.

3. Adolphe Dudefoy, *Etude sur le phlegmon infectieux pharyngo-laryngé. Thèse*, Paris, 1893, n° 413, à Paris, chez Steinheil.

traduisant par la contracture du masséter et du sterno-mastoïdien, la compression quelquefois intense exercée sur les organes du cou, la langue, la trachée, le pharynx, mais surtout et avant tout, par l'absence presque complète de suppuration. Incisez-vous ces vastes plaques phlegmoneuses ? C'est à grande peine que, tout à fait dans la profondeur, vous découvrez un minuscule foyer de suppuration contenant la valeur d'un, de deux dés à coudre d'une sécrétion dans laquelle vous ne reconnaissez même pas les caractères du pus. Et même il m'est arrivé de n'y rien trouver. Ici éclate bien la preuve qu'il faut se méfier des infections chirurgicales qui ne suppurent pas ; suppurer, c'est pour l'organisme le moyen de se défendre.

Ces accidents généraux, je les rappelle en deux mots ; l'hypoglobulie suraiguë déterminant l'état pâle, plombé, terreux du visage ; l'élimination des toxines par tous les émonctoires produisant l'albuminurie, les sueurs, la diarrhée ; enfin et surtout, en dehors des phénomènes thermiques, l'atteinte profonde du système nerveux. Chose remarquable, dans toutes ces infections hypervirulentes, il semble que le bulbe, profondément frappé, ne laisse pas au cerveau le temps de réagir sous l'empoisonnement cellulaire et, tandis que le malade conserve — hors un peu d'agitation et de délire — la lucidité complète de son esprit, deux phénomènes dominent la scène : l'accablement du pouls, qui devient petit, dépressible, irrégulier, et l'insuffisance respiratoire, la dyspnée bulbaire. Un malheureux ami à moi, atteint d'une septico-pyohémie cervicale, portait sur l'épaule un pansement que maintenaient à peine deux ou trois tours d'une bande souple très lâchement enroulée autour du thorax, et il nous criait : « Enlevez-moi ce pansement qui m'étouffe. » Et, tandis que sombrent ainsi les fonctions bulbaires de cet empoisonnement si rapide, la température, quelquefois au moins, ne s'élève pas au-dessus de 38°5, J'en ai vu deux exemples.

*
* *

Des septicémies phlébo-phlegmoneuses de la face. — Chez d'autres malades, c'est par le système veineux que se transmet et que se généralise l'infection. De la bouche, celle-ci gagne les veines de la face, les veines de l'orbite et les sinus dure-mériens. La voie qu'elle suit n'est pas toujours la même ; les auteurs en décrivent deux ; récemment, j'en ai signalé une troisième. Les voici : il y a d'abord la voie de la *veine faciale* qui, au niveau de l'angle interne de l'œil, s'anastomose avec les branches d'origine de la veine ophtalmique principale ou supérieure. Il y a ensuite la voie du *plexus ptérygoïdien* qui, par les veines du trou ovale, du trou petit rond, du trou grand rond et du trou déchiré antérieur, communique avec le sinus caverneux, dans le segment antérieur duquel débouche précisément, d'autre part, la

veine ophtalmique. Dans le premier cas, la transmission du processus infectieux de la bouche à l'orbite est, pour ainsi dire, antérieure, primitive et directe ; dans le second, elle est postérieure, secondaire et rétrograde. Quand je dis « secondaire », j'entends secondaire à une phlébite du sinus caverneux. Là, l'infection gagne le système veineux orbitaire avant le système veineux cranien ; ici, elle atteint le système veineux intracranien avant le système veineux orbitaire.

Il y a enfin la voie des *veines anastomotiques ptérygo-orbitaires*, le long desquelles j'ai pu, sur un malade récemment observé [1], suivre la marche de la phlébite. Voici comment elles interviennent :

Sur le plancher de l'orbite chemine d'avant en arrière, au-dessous de la veine ophtalmique principale, le long de l'angle inféro-interne, la veine ophtalmique inférieure qui, venue du sac lacrymal et du petit oblique, va se jeter en arrière dans le sinus caverneux en traversant la partie large de la fente sphénoïdale. D'autre part, cette veine ophtalmique inférieure communique, chez la moitié des sujets environ, par des veines qui traversent la fente sphéno-maxillaire, avec cet important plexus ptérygoïdien ou zygomatique qui, situé entre le muscle temporal et le ptérygoïdien externe, résume la circulation des veines temporales profondes et de toutes les veines correspondant aux divisions postérieures de l'artère maxillaire interne, et d'où se détache la veine faciale postérieure. Ici, malgré la participation du plexus ptérygoïdien, la transmission du processus infectieux de la bouche à l'orbite est bien, si l'on veut, postérieure, mais elle est primitive et directe.

Au résumé, à n'envisager que leurs accidents locaux, les septicémies phlébitiques de la face gagnent l'encéphale en suivant l'une ou l'autre des trois routes parallèles suivantes : la première, antérieure, facio-ophtalmo-caverneuse ; la seconde, intermédiaire, ptérygo-ophtalmo-caverneuse ; la troisième postérieure, ptérygo-caverneuse. L'utilisation des deux premières suppose, avant les manifestations encéphaliques, l'apparition de phénomènes oculo-orbitaires ; l'utilisation de la dernière est compatible avec l'absence de ceux-ci, qui, s'ils interviennent, n'interviennent alors que secondairement.

Au point de vue anatomo-pathologique, les septicémies phlébitiques de la face affectent deux formes : la forme phlébitique simple et la forme phlébo-phlegmoneuse. L'une et l'autre se définissent de soi-même : dans la première, l'inflammation se cantonne sur le canal veineux ; dans la seconde, elle rayonne vers le tissu cellulaire ambiant. Cette septicémie bucco-faciale s'accompagne donc ou non de suppuration, et la suppuration, quand elle se forme, se développe en un phlegmon de siège et d'étendue variables. On peut, d'ailleurs, obser-

---

1. Pierre Sebileau et Grandou, *Un abcès dentaire suivi de phlébite mortelle de la veine ophtalmique inférieure*, *Revue de stomatologie*, 1900.

ver la coexistence des deux variétés cliniques sur le même sujet. Chez le malade dont je parlais précédemment, il y avait phlébo-phlegmon autour du plexus ptérygoïdien et phlébite simple de la veine ophtalmique.

De la clinique des septicémies phlébitiques de la face je dirai peu de choses. Les symptômes généraux sont ceux des septicémies lympho-cervicales que j'ai déjà décrites ; il est à noter que, d'ordinaire, leur évolution est beaucoup moins rapide. Mais elles traduisent leur existence par l'éclosion d'accidents régionaux de première importance, ce qui s'explique par la participation aux phénomènes inflammatoires des veines orbitaires et des veines sinusiennes. Les douleurs, l'amaurose, les paralysies motrices totales ou dissociées du globe de l'œil, l'exophtalmie, l'infiltration sous-conjonctivale, la stase et l'œdème papillaires, le chémosis, l'hypertonie, l'agitation délirante, le le coma, le stertor : ce sont là autant de symptômes qu'on observe communément ou séparément et dont l'analyse sévère permet, non seulement de faire le diagnostic de la complication phlébitique, mais encore celui de la voie suivie par le processus infectieux. Dans une récente communication à la Société de stomatologie, j'ai montré tout le parti qu'on pouvait tirer, pour le diagnostic, du nombre, de la nature et de la succession des troubles oculo-optiques et des accidents encéphaliques.

*
* *

Des septicémies générales sans détermination anatomique. — La septicémie sans complications locales n'est pas rare à la suite des maladies de la bouche, mais jamais je ne lui ai vu le caractère suraigu et hypervirulent des infections lympho-phlegmoneuses. Je rappelle seulement les accidents qu'on observe à la suite des fractures de la mâchoire inférieure, des résections de cet os, des amputations de la langue, etc , ou bien encore cet état cachectique dans lequel tombent peu à peu les individus chez lesquels des caries multiples, des chicots infectés déterminent des suppurations de l'alvéole et des gencives (cachexie dentaire de Lejars). C'est même une chose que trop de personnes ignorent et à propos de laquelle il arrive souvent que le médecin ne donne pas de conseils assez sévères.

J'ai observé, cette année, un cas de pyohémie lente d'origine dentaire que je tiens à rappeler en quelques mots.

Dans le courant de janvier dernier, je fus appelé par mes confrères, MM. Lataste et Latruffe, près d'un malade, âgé de cinquante-neuf ans, atteint d'une névralgie sciatique très douloureuse. Depuis deux mois, ce malade souffrait d'une « fluxion » qui n'était pas encore complètement guérie ; une dent cariée, qui avait déterminé des accidents très douloureux de périostite alvéolaire avait été enlevée, mais

l'abcès s'était mal drainé par l'alvéole. Le gonflement et les douleurs avaient persisté, et, sous l'influence de cette suppuration buccale qui durait depuis plusieurs semaines, le malade, du reste grandement préoccupé par des affaires d'intérêt, avait considérablement maigri. Il était fatigué, dormait mal, avait de petits accès de fièvre. Au milieu de cette situation, qui s'aggravait de jour en jour, apparut un furoncle du poignet, qui régulièrement incisé, désinfecté et pansé par un de mes deux confrères, guérit vite, puis, un peu après, éclatèrent les symptômes d'une névralgie sciatique extrêmement douloureuse, laquelle, pendant quelques jours, donna le change sur la véritable maladie dont elle n'était qu'une manifestation.

Enfin, la température s'éleva de jour en jour ; des frissons survinrent ; les membres inférieurs tombèrent dans un état parétique dont ils ne devaient plus sortir, l'état général s'aggrava sensiblement, l'adynamie fit de rapides progrès et, enfin, une collection apparut dans la région lombaire : je fus appelé.

Un gros abcès fut ouvert ; la sonde cannelée buta contre le neural dénudé de la dernière vertèbre lombaire (région pédiculaire, système apophysaire). Je drainai. L'examen du pus démontra qu'il renfermait des cultures pures de staphylocoque doré. Il y eut, après cette évacuation, et sous l'influence d'un lavage répété du sang, assuré par le régime lacté et des injections massives de sérum, un peu d'amélioration de l'état général. De son côté, la sciatique, qui était symptomatique de lésions pédiculo-vertébrales, diminua sensiblement ; nous pûmes ensuite suralimenter le malade. Mais d'autres collections purulentes apparurent. D'un genou, nous retirâmes du séro-pus qui n'était encore qu'une culture pure de staphylocoque. L'autre genou, puis une articulation tibio-tarsienne, furent, à leur tour, frappés ; de nouveaux abcès se développèrent dans le dos, les fesses, la cuisse. Le malade que la fièvre reprenait chaque soir maigrit peu à peu, se cachectisa ; des escarres multiples se développèrent et, enfin, après six mois de souffrance et d'insomnie, le malheureux patient mourut dans un surprenant état de consomption sans avoir, un seul jour, cessé de s'alimenter abondamment, et sans que les douleurs, qui siègeaient tout à la fois dans les jambes, les fesses, les deux membres inférieurs, particulièrement dans les genoux, eussent jamais fait trêve.

(*La Presse médicale.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS ANNUEL DE LA BRITISH DENTAL ASSOCIATION

Nos confrères anglais, fervents partisans des Congrès, se sont réunis cette année à Londres pour leur meeting annuel et nombreuses ont été les communications tant théoriques que pratiques présentées pendant les quatre jours qu'a duré le Congrès.

C'est dans la salle d'examens du Collège Royal des chirurgiens, mise généreusement à la disposition de l'Association Dentaire Britannique qu'a eu lieu la lecture des communications et l'on ne pouvait trouver un local plus favorable. Disposée en amphithéâtre et pouvant contenir largement cinq cents auditeurs, cette salle était aménagée de telle façon que l'on pouvait à volonté utiliser la lumière naturelle ou la lumière oxhydrique lorsque des projections étaient nécessaires.

Le samedi matin, à neuf heures, eut lieu la première réunion du Representative Board, puis à dix heures l'assemblée générale se réunit, pour écouter le discours d'adieu du président, arrivé au terme de son mandat, M. George Brunton.

Puis le nouveau président, M. S. J. Hutchinson, prit place au fauteuil présidentiel et mit aux voix après lecture les rapports du secrétaire et du trésorier.

Officiellement le Congrès ne commençait que l'après-midi et c'est M. Constant qui l'a ouvert par un mémoire sur les mouvements du maxillaire inférieur. M. Dolamore, dont les vues sont absolument différentes de celles de M. Constant, a ensuite répondu et nourris ont été les applaudissements qui ont accueilli et communication et réponse.

Après M. Constant, nous eûmes à lire notre mémoire sur la stérilisation des dents vivantes et mortes en vue de l'obturation et l'accueil qu'il reçut nous causa un véritable plaisir.

Le Dr Pearson, de Toronto, lut ensuite un mémoire sur la prothèse et le Dr Witthaus, de Rotterdam, un travail sur les obturations combinées.

A cinq heures, les travaux furent interrompus pour aller visiter le nouvel hôpital dentaire. Nous ne trouvons pas d'expressions pour

décrire ce que nous avons vu. Nos confrères de l'autre côté de la Manche font grand, d'habitude. Cette fois, ils se sont dépassés et nous croyons qu'il s'écoulera de nombreuses années avant qu'il soit créé un hôpital dentaire plus beau et mieux compris que celui-là.

La salle d'histologie surtout, dont l'enseignement appartient à notre excellent ami Hopewell Smith, réalise tous les desiderata. Nul doute que les étudiants, ayant à leur disposition un si bon maître et une installation aussi parfaite, ne profitent avantageusement de l'un et de l'autre.

Le lundi matin fut réservé à la lecture de communications aussi nombreuses qu'attrayantes. Citons celle de M. Fisher, de notre ami Cunningham, du Dr Förberg, de Stockolm. Puis le Dr J. Leon Williams, président de la Section Microscopique, fit son discours d'ouverture. Le sujet qu'il avait choisi était : *De l'usage du microscope en dentisterie.* C'est un véritable chef-d'œuvre de clarté et une salve nourrie d'applaudissements a prouvé au Dr J. Leon Williams combien ses idées ont été approuvées et appréciées.

L'après-midi, M. Charters White, le président que remplace aujourd'hui le Dr J. L. Williams, lut son discours d'adieux, puis la parole fut donnée à notre confrère Goadby qui présenta un travail ayant trait à la carie dentaire. Nous ne pouvons dissimuler quelle a été notre surprise lorsque nous avons vu que M. Goadby utilise aujourd'hui, pour mettre en évidence le pouvoir fermentatif de microbes connus, certains hydrates de carbone ou certaines matières azotées telles que maltose, glucose, galactose, aniline, nitrate de potasse, etc., car M. Goadby, dans un récent article, pensait que ces corps n'étaient d'aucune utilité et qu'il était matériellement impossible de les obtenir à l'état de pureté. Nous sommes donc très heureux de voir que notre confrère Goadby a bien voulu essayer les corps que nous avions utilisés pour nos recherches et qu'il est revenu de son appréciation à cet égard.

M. Douglas Gabell et M. Douglas Caush présentèrent ensuite des notes, entre autres sur la formation de la dentine secondaire, accompagnées de nombreuses projections lumineuses.

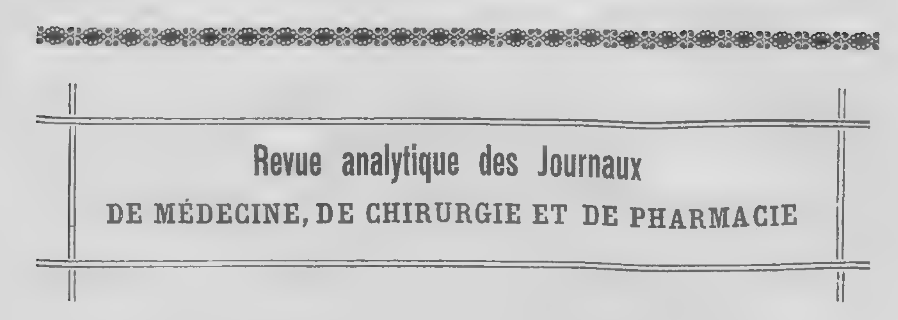
Nous avons voulu prouver qu'en France on s'occupe aussi de microscopie et nous avons présenté une très courte note accompagnée de projections sur les rapports anatomiques existant chez l'homme entre l'émail et le cément.

Enfin le mardi matin de nombreuses démonstrations eurent lieu et l'après-midi fut réservée à la lecture de deux communications excessivement intéressantes, l'une par M. G. Read sur les transformations chimiques qui se produisent dans la bouche pendant la mastication du pain, et l'autre par le Dr Haderup, de Copenhague, sur la sténographie et la sténophonie dentaires universelles. Nous ne pouvons dé-

tailler toutes les communications qui ont été présentées. Contentons-nous de constater que le Congrès annuel de la B. D. A. a été un succès, un gros succès et que tous les étrangers qui y ont assisté ont emporté un souvenir ineffaçable de la réception qui leur a été réservée par leurs confrères anglais.

Des démonstrations pratiques aussi nombreuses qu'intéressantes ont été faites pendant le Congrès. Nous n'en causons pas, laissant ce soin à notre excellent confrère le Dr Roy qui les a suivies tout au long. Disons enfin que l'exposition des fournisseurs était des mieux réussie et notons parmi les plus belles, celles de la maison de Trey, de la maison Cl. Ash et de la Dental Manufacturing Company, etc., etc.

J. Choquet.



Revue analytique des Journaux
DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE

LE TRAITEMENT DE LA STOMATITE MERCURIELLE.

Les *Annales de Dermatologie* donnent, d'après le Dr Lanz, un certain nombre de moyens usités par l'éminent professeur de Moscou contre la stomatite mercurielle.

Comme moyen prophylactique, il recommande l'emploi d'un savon dentifrice tel que le suivant :

Thymol	0 gr. 25
Extrait de ratanhia	1 gr.

Faites dissoudre dans :

Glycérine chaude	6 gr.

Ajoutez :

Magnésie calcinée	0 gr. 50
Biborate de soude	4 gr.
Savon médicinal	30 gr.
Essence de menthe poivrée	1 gr.

Le savon suivant a l'avantage de contenir une certaine quantité de chlorate de potasse :

Chlorate de potasse	20 gr.
Savon médicinal	10 gr.
Carbonate de chaux	20 gr.
Essence de menthe poivrée	XV gouttes.
Essence de giroflée	IV gouttes.
Glycérine	Q. s.

Faites une pâte.

Il faut, en outre, recommander au malade de se gargariser plusieurs fois par jour avec une solution antiseptique. On peut prescrire pour gargarisme la liqueur d'acétate d'alumine (1 à 2 cuillerées à thé pour un verre d'eau) ou :

Menthol	1 gr.
Teinture de ratanhia	ãã 50 gr.
Alcool rectifié	

Une demi-cuillerée à thé pour un verre d'eau.

Puis on fait badigeonner les gencives deux fois par jour avec :

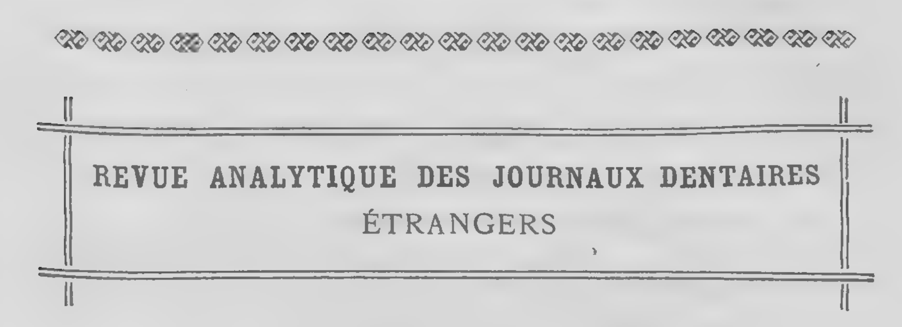
Teinture de noix de Galle	} āā	12 gr.
Teinture de ratanhia		
Résorcine		3 gr.
Menthol		0 gr. 25

Une fois la stomatite déclarée, le meilleur procédé, selon M. Lanz, est l'emploi du peroxyde d'hydrogène en gargarismes, c'est-à-dire de l'eau oxygénée en gargarismes. Il n'est nullement toxique et c'est en cela que consiste sa grande supériorité sur le sublimé (lequel peut être employé utilement à 1/400).

En solution à 2 0/0 et davantage, le peroxyde d'hydrogène n'est pas irritant pour la muqueuse ; il détruit très rapidement l'haleine fétide propre à l'inflammation mercurielle de la cavité buccale, débarrasse les bords des gencives des produits de décomposition qui les recouvrent et en amène en peu de temps la guérison.

Si des ulcérations trop douloureuses empêchent le malade de se gargariser suffisamment, il faut introduire dans la cavité buccale une solution désinfectante à l'aide de l'irrigateur ou de la seringue. Dans les cas d'ulcérations très nombreuses, on emploiera avec avantage l'iodoforme en poudre ou une solution éthérée. On peut aussi mettre dans la bouche des bandes de gaze iodoformée, de façon à séparer les surfaces ulcérées et accélérer la cicatrisation.

(L'Indépendance médicale.)



REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX DENTAIRES ÉTRANGERS

I. — Les palais profonds et l'insanité.

Le Dr Pope, dit le *British Journal of dental science*, combat les idées du Dr Talbot sur la coïncidence de l'insanité avec les palais profonds en ogive. Il a examiné 500 enfants des écoles de Leicester et sur ce chiffre les enfants qui présentaient des palais profonds étaient aussi bons élèves ou aussi intelligents que les enfants à palais normal.

II. — Le caoutchouc.

Le caoutchouc devenant de plus en plus rare par suite de son grand usage, le gouvernement de l'Inde autorise et concessionne pour les plantations de Para en Birmanie. Nous avons nous aussi des pays où le caoutchouc peut s'exploiter ou s'acclimater (Madagascar). Nous sommes loin cependant d'y songer, et si quelques particuliers voulaient s'en occuper, quels ennuis et quelles démarches ces malheureux n'auraient-ils pas à supporter sans grande chance de succès auprès de nos ministres uniquement occupés à politiquer. A propos du caoutchouc, le *Pharmaceutical Journal* de Londres, dit que l'on peut en fabriquer avec le Latex du Tabernæmontana crassa, sorte d'herbe à fibres dures contenant 78 à 80 pour cent de matière utilisable. La main-d'œuvre coûterait peu dans le pays et les procédés d'extraction simples contribueraient à en rendre le commerce facile.

III. — Inoculations microproteïques.

Le Dr Jesensky, de Prague, donne dans le *Cosmos* un nouveau remède pour le traitement des inflammations du sinus ou suppuration de l'os maxillaire supérieur. Il a essayé ce traitement sur un seul malade, mais avec plein succès. Il s'agissait d'un homme qui, à la suite d'extraction malheureuse, avait une suppuration continuelle du sinus et de l'os maxillaire. Tout traitement restant sans donner le moindre résultat, il eut l'idée de recourir au traitement de M. Houl, qui consiste à se servir de protéïnes de microbes, en injections, lavages ou applications. Le Dr Houl s'étant servi avec succès de ce nouveau genre de médication contre l'ulcère de la cuisse, M.

J. Jesensky résolut de l'essayer pour son cas qui résistait à tout traitement. Il injecta donc, fit des lavages fréquemment avec des liquides contenant en solution de la *protéine pyocyanique* et obtient au bout de six semaines un résultat inespéré. Devant ce cas, il se propose de faire des expériences à ce sujet pour le traitement de la pyorrhée.

IV. — Les dents et les religions.

Dans quelques pays peu civilisés on adore encore les dents, dit le *Dental record.* C'est ainsi que l'on conserve une dent de Bouddha dans un temple indien, que les Cingalais adorent celle d'un singe et qu'aux îles Touga et à Malabar c'est une dent d'éléphant qui sert de fétiche. A Samoa ce sont les dents de serpents qui servent d'amulettes.

V. — Dents perdues et retrouvées.

M. James Adams, dans le même journal, dit qu'il faut avant toute opération tendant à retrouver des dents soit disant avalées par les patients qui ne sont nullement gênés par elles, constater tout d'abord si le fait est vrai. Il cite des cas personnels et des cas racontés par des confrères où les patients avaient tout simplement perdu dans leur chambre leurs fausses dents. Donc ne pas faire d'opération à moins d'urgence réelle.

VI. — Maladies causées par des dents malades.

Dans le *Western dental journal,* M. le Dr Remondino cite des cas d'épilepsie et des cas d'alcoolisme chez des personnes atteintes de pulpite. L'insomnie et la nervosité causées par la souffrance aiguë seraient chez certains une cause qui prédisposerait soit aux affections nerveuses, soit à l'alcoolisme. Cette dernière affection serait causée par l'abus que feraient les malades qui éprouvant des douleurs intolérables, des alcools comme dolorifuges. Il cite, avec le Dr Crothers, Rush, des cas où les soins appropriés ont guéri radicalement ces maladies.

VII. — Œdème et cure-dents.

Dans le *Dental Cosmos,* M. Martinez Agirre relate un cas curieux d'œdème facial causé par un cure-dent. Une jeune fille aux dents parfaitement saines était atteinte de douleurs vives et d'œdème volumineux à la région sous-maxillaire. La glande était très grosse et en la pressant on pouvait voir à l'entrée du conduit un petit corps pointu. Une pression plus forte fit sortir un morceau de cure-dents, logé et entré dans le conduit on ne sait comment. La malade, le corps étranger sorti, se rétablit en quelques jours.

VIII. — La bactériologie et le dentiste.

Cette science, dit le *Dominion dental journal,* apprend aux den-

tistes les causes d'infection et leurs dangers ; elle met en garde contre les causes d'infections par les instruments, les malades ; fait connaître les principes fondamentaux de la carie dentaire et de son traitement. Enfin elle permet aux dentistes de donner des conseils à leurs patients sur les maladies à éviter et leur ouvre le champ aux études et aux recherches.

IX. — Curieux symptomes d'intoxication causée par le protoxyde d'azote.

M. Stanley Green, dans le *British Journal of dental science*, après avoir administré ce médicament pour extraire des dents, vit son patient, à la reprise de sa connaissance, se plaindre de faiblesse dans les jambes et les bras, ses mains se crisper et sa respiration devenir rapide et bruyante, il ne pouvait articuler un mot et paraissait souffrir beaucoup. L'auteur n'a jamais vu se produire ces accidents (quoiqu'il ait donné le gaz plus de 1.000 fois). Du reste, le patient n'étant ni nerveux ni hystérique se remet 20 minutes après.

X. — Antidote des poisons.

Le borate de soude mêlé au lait, selon le *Medical Record*, serait un antidote de l'indigestion ; le permanganate de potasse à un pour cent, pour les poisons végétaux ; le vinaigre agirait très rapidement et avec succès.

XI. — La dentisterie au Siam et en Chine.

Le *Dental Cosmos* nous donne des renseignements sur la dentisterie au Siam. Le dentiste prend l'empreinte sans porte-empreinte avec une sorte de pâte faite de laque bouillie avec de l'huile de coco. On ramollit dans l'eau cette pâte et sur l'empreinte l'opérateur *descend* une plaque d'or ou d'argent, en la façonnant peu à peu, il rive alors des dents d'ivoire et place le tout en l'ajustant en bouche. Il faut deux jours pour faire un dentier ; les pièces partielles d'une ou de deux dents fixées par des fils d'or s'exécutent rarement. Les Siamois obturent les dents avec de l'argent mais font surtout des extractions ou encore le limage des six dents incisives. Cette opération douloureuse fait partie de l'esthétique du pays, les habitants, en effet, ne veulent se voir qu'avec de petites dents. Les Chinois, eux, ne font des extractions qu'avec leurs doigts, ils ont une réelle habileté dans ces opérations qu'ils commencent à pratiquer sur des coins en ivoire et fortement enfoncés. Ils n'obturent pas les caries qu'ils calment avec l'opium et l'essence de menthe, cette dernière en friction sur les joues.

C. Charpentier.

DEMANDES ET OFFRES

PRIX d'une CASE, dans 3 numéros........................ **8** francs.
payable d'avance. (Pour les Abonnés de *L'Odontologie*. **5** »).

L'Administration de L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

---

1 **Cabinet dentaire. 40 minutes de Paris** (Saint-Lazare), **A CÉDER**, pour cause de *double emploi*, à Dentiste de Paris pouvant disposer de deux jours par semaine, ou mieux encore à praticien qui, venant y résider, augmenterait considérablement les affaires et auquel le *vendeur donnerait sa prothèse*, s'il était excellent mécanicien. — Ecrire, par poste, aux initiales M. L., aux soins de M. Papot, 45, rue de la Tour-d'Auvergne. (49[3]).

---

2 **Après fortune faite, A VENDRE** cabinet à **proximité de Paris,** produisant 12.000 fr. Prix : 10.000 fr. — Ecrire, par poste, aux initiales G. G., aux soins de l'administration du Journal. (50[3]).

---

3 **On demande** pour **bon cabinet** dans **ville de province** un opérateur **PATENTÉ** ou **DIPLOMÉ**. — S'adr. : A. Reymond frères, 44, pl. République, **Lyon.** (51[3]).

---

4 **PRESSÉ : pour cause de santé** à reprendre cabinet *nouvellement fondé* dans grande ville du **nord.** On céderait pour *prix du matériel.* Ecrire aux initiales G. D., 26, aux soins du journal, 45, rue de la Tour-d'Auvergne. (52[2]).

---

5 *Une Maison de Fournitures* demande jeune homme libéré du service militaire, au courant des articles dentaires, ayant aptitudes pour voyages ; références sérieuses exigées. Ecrire aux **initiales** P. L., Journal le *Monde dentaire*, 9, rue de Londres, Paris. (54[2])

---

6 **A cause des études de son enfant : CHIRURGIEN-DENTISTE, PHARMACIEN,** *très actif*, cherche situation à Paris ou banlieue. Il pourrait apporter cabinet richement et très largement monté. S'adresser P. S., administration du journal. (55[2])

---

7 *A CÉDER APRÈS DÉCÈS, très bon Cabinet dentaire*, dans une *GRANDE VILLE* de province. Recettes : 45,000 francs. Peu de frais. Très pressé. S'adresser à Me Motte, notaire à Lille, rue de l'Hôpital-Militaire, n° 37. (56[2])

---

8 **On demande** pour **BORDEAUX** un *aide patenté ou diplômé* pouvant entreprendre direction de la prothèse et des redressements. *Bonnes références exigées.* Adresser offres et prix des honoraires demandés (Anglais ou Américain préféré). Field Robinson D. D. S., 12, rue Lafaurie de Monbadon, Bordeaux. (57[2])

---

9 **DOCTEUR EN MÉDECINE FRANÇAIS, diplômé de l'École dentaire de Genève,** demande à partir d'octobre prochain place comme *remplaçant* ou *assistant* pendant 6 à 8 mois. Ecrire M. E., au bureau du journal. (58[2])

---

10 **UN DENTISTE EXPÉRIMENTÉ** demande une place **opérateur** ou **mécanicien** à Paris. Ecrire à M. V., aux soins de l'Administration du journal. (59[2])

---

11 **On demande** un *OPÉRATEUR*, âgé de 28 à 35 ans, *diplômé d'une Ecole dentaire depuis au moins 4 ou 5 ans*, très habitué au travail des aurifications à *l'or adhésif*, du *bridge work* et des *couronnes*, environ 100 francs par semaine. Ecrire à M. Papot, 45, rue de la Tour-d'Auvergne. (61[2])

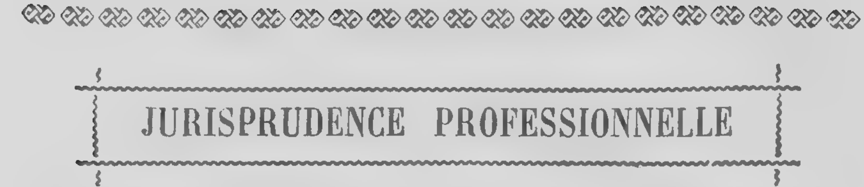
---

12 **ON DEMANDE** pour bon cabinet, **dentiste sérieux,** désirant part d'association ou prendre succession (banlieue). Ecrire aux initiales A. E. G. aux soins de M. Papot, 45, rue de la Tour-d'Auvergne. (53[2])

---

13 **Chirurgien-dentiste Anglais,** au courant de tout travail de **CABINET** et **LABORATOIRE**, demande place comme **aide**, ou pour **diriger cabinet.** Ecrire par poste à A. Z. aux soins de M. Papot, 45, rue de la Tour-d'Auvergne. (62[1])

(Voir la suite page 260)



L'Odontologie fait traiter ici par son collaborateur spécial les questions de jurisprudence que ses lecteurs désirent faire élucider.

SECRET PROFESSIONNEL. MÉDECINE. TUBERCULOSE. MARIAGE. RÉVÉLATION INTERDITE. (Tribunal correctionnel de la Seine (10e ch.), 11 juillet 1001.)

Un jugement, relatif au docteur P..., vient de décider « qu'un médecin, consulté par les parents d'une jeune fille sur l'état de santé du jeune homme avec lequel existent des projets de mariage, ne peut révéler que le futur est atteint de tuberculose, sans violer le secret professionnel et tomber sous l'application de l'article 378 du Code pénal. »

Cette solution intéressante confirme une jurisprudence aujourd'hui bien établie (V. C. Besançon, 7 juin 1899, et Cour de cassation, 1er mai 1899), et les dentistes peuvent, à l'occasion, en faire leur profit.

(V. le texte dans la *Gazette des tribunaux* du 16 juillet 1901.)

F. W.

SYNDICAT PROFESSIONNEL. SYNDICAT MÉDICAL. DÉLIBÉRATION. OBLIGATION DE TOUS LES MEMBRES. VIOLATION. PRÉJUDICE. DOMMAGES-INTÉRÊTS VIS-A-VIS DU SYNDICAT.

Nous relevons, comme pouvant intéresser la profession dentaire, le sommaire ainsi conçu d'un jugement rendu, le 21 juin 1901, par le tribunal civil de Bourgoin :

« Sous l'empire de la loi du 21 mars 1884, les statuts d'un syndicat professionnel et les délibérations régulièrement prises, en tant qu'elles ont pour objet la défense des intérêts professionnels des membres qui le composent, obligent tous les membres du syndicat au même titre que toute autre convention valable.

» La loi de 1884 n'a dérogé en cette matière aux règles de droit commun qui régissent les contrats et obligations qu'en permettant aux syndiqués de se dégager des liens du syndicat à tous moments, en donnant leur démission.

» Tant qu'il fait partie de l'association, le syndiqué, qui ne s'est pas conformé aux statuts et aux délibérations du syndicat et qui lui a ainsi causé un préjudice, est passible de dommages-intérêts envers le dit syndicat, personnalité civile, par application soit des articles 1142 et suivants du Code civil, soit de l'article 1382 du même Code, le cas échéant.

» Les délibérations par lesquelles, en conformité de leurs statuts, les membres d'un syndicat médical ont résolu de cesser toutes relations avec un membre exclu sont strictement légales et le syndicat a dès lors le droit de refuser à ce dernier le concours de ses membres et même d'aviser l'Administration des hospices de cette situation, afin de lui permettre de prendre les mesures propres à assurer le service. »

(V. le texte dans la *Gazette des tribunaux* du 18 juillet 1901.)

F. W.

MÉDECIN. — HONORAIRES. — POUVOIR D'APPRÉCIATION DES TRIBUNAUX. — BASES.

Tribunal civil de Bourgoin : 2 février 1901.

Il est de principe, en matière d'honoraires dus à un médecin, que les tribunaux ont un pouvoir souverain pour apprécier la nature des soins et la rémunération à allouer à celui qui les a fournis.

Il faut envisager, dans cette appréciation, tout à la fois la situation scientifique du médecin, la nature des soins donnés, l'importance du service rendu, et la position de fortune de la personne soignée.

(Docteur F... contre G...)

« Le Tribunal ;

» Attendu que le docteur F..., qui exerce à Amiens, a été appelé, à trente kilomètres de sa résidence, pour pratiquer l'accouchement de la dame G... ; qu'à raison de cette opération, il réclame au défendeur 500 francs d'honoraires, étant entendu qu'au moyen de cette somme, il restait chargé de rémunérer le docteur M..., qui lui avait prêté son aide ; que G..., sans dénier le principe de sa dette, fait offre seulement d'une somme de 150 francs ;

» Attendu qu'il est de principe que les Tribunaux ont un pouvoir souverain, en pareille matière, pour apprécier la nature des soins et la rémunération à allouer à celui qui les a fournis ; qu'il faut envisager, dans cette appréciation, tout à la fois la situation scientifique du médecin, la nature des soins donnés, l'importance du service rendu, et aussi, dans une large limite, la position de fortune de la personne soignée ;

» Attendu, en l'espèce, que l'accouchement pratiqué par le demandeur se présentait dans des conditions assez délicates ; que l'enfant tait mort, la mère très affaiblie ; et que, pour arriver à la délivrer, il

a été nécessaire de procéder à une version après anesthésie ; que cette opération, toutefois, n'a exigé l'emploi d'aucun instrument ;

» Que, si l'on envisage ensuite la situation scientifique du docteur F..., telle qu'elle ressort des documents de la cause, il faut reconnaître qu'elle apparaît comme celle d'un bon médecin traitant dans une ville de l'importance d'Amiens, mais qu'elle ne comporte pas l'une de ces rémunérations réservées à certains spécialistes, dont la notoriété avertit ceux qui ont recours à eux du prix auquel est habituellement taxée leur intervention ;

» Qu'il faut retenir, cependant, que le docteur F... a été obligé de se transporter à une certaine distance et d'abandonner, pendant une partie de l'après-midi, sa clientèle habituelle ;

» Mais attendu que, si les exigences du demandeur pourraient se justifier, dans une certaine limite, au cas où il se trouverait en présence d'un débiteur très aisé, elles paraissent notablement exagérées s'adressant à un modeste employé aux appointements de 1.200 francs par an, sans fortune personnelle ; qu'eu égard à toutes ces considérations, il convient de réduire la demande à 250 francs ;

» Attendu que, si les offres faites sont reconnues insuffisantes, il y a lieu, néanmoins, de laisser à la charge du demandeur une partie des dépens, à raison de l'exagération de ses prétentions ;

» Par ces motifs, etc. »

NOTE. — Le jugement *du tribunal civil de Bourgoin* du 2 février 1901 est une application nouvelle d'une jurisprudence très nettement assise, et qui pourrait, le cas échéant, être invoquée en matière dentaire, puisque le dentiste est professionnellement assimilé au médecin en vertu de la loi du 30 novembre 1892.

Bien qu'il ne soit ni commerçant, ni industriel, le médecin (ou le dentiste) n'en a pas moins droit à des honoraires ; toutefois, l'action qu'il a à exercer pour les obtenir découle, ainsi que l'enseigne justement la doctrine, non pas d'un *louage d'ouvrage*, mais d'un contrat de *mandat*, et nous rappelons que cette action est aujourd'hui, de par la loi nouvelle, soumise à la prescription de deux ans.

Les tribunaux ne paraissent avoir eu que rarement à réprimer, dans le passé, soit la cupidité de praticiens, soit l'ingratitude de clients ; mais les différends entre malades et guérisseurs semblent avoir tendance à se multiplier, à en juger par la nomenclature des décisions rapportées dans les *Recueils* judiciaires et que nous croyons intéressant d'énumérer (*Cassation*, 21 août 1839 ; — *Trib. civ. Senlis*, 3 juin 1853 ; — *Trib. civ. Seine*, 6 juillet 1885 ; — *C. Amiens*, 31 juillet 1889 ; — *Trib. civ. Seine*, 13 mai 1898 ; — *Trib. civ. Pau*, 13 janvier 1898 ; — *C. Alger*, 31 janvier 1898 ; — *C. Lyon*, 15 novembre 1898 ; — *C. Bordeaux*, 14 février 1900).

On conçoit aisément que les tribunaux se soient réservé la faculté de trancher les difficultés en pareille matière, puisque la loi n'avait pas

cru devoir ni pouvoir établir un tarif des soins et des visites du médecin, — et que, dans un intérêt d'équité, ils aient tenu à proportionner le montant des réclamations à l'importance du service rendu, à la nature du traitement, au nombre des visites, à la valeur scientifique du praticien, et enfin à la position de fortune du client soigné.

F. W.





INTÉRÊTS PROFESSIONNELS



Nous publions d'après le Bulletin du Syndicat des Chirurgiens-dentistes de France, *l'article suivant qui nous paraît devoir intéresser nos lecteurs.*

Contre-publicité.

Le Congrès de 1900 a déclaré que le meilleur moyen de combattre le charlatanisme consistait dans l'éducation du public par la vulgarisation de la dentisterie et de l'hygiène dentaire.

La Commission de contre-publicité du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France, de son côté, a émis un avis identique et elle a cherché à réaliser pratiquement cette éducation du public. On sait que l'impression d'une brochure a été décidée et un concours ouvert pour sa rédaction, que cette brochure, tirée à un grand nombre d'exemplaires, sera cédée à prix coûtant aux dentistes désireux de la répandre dans leur clientèle.

Ce n'est pas sans peine que le Syndicat est parvenu à mettre ce projet debout, mais il a la satisfaction de voir sa tentative faire son chemin petit à petit. Nous sommes assurés dès maintenant que plusieurs dentistes, très préparés à ce genre de travaux, prendront part au concours. L'une après l'autre, les principales Sociétés dentaires nous apportent leur adhésion, et l'Ecole dentaire de Paris a voté un prix de 100 francs pour ajouter au prix de 500 francs offert par le Syndicat.

Est-ce une raison pour s'en tenir là ? C'en est une au contraire pour aller de l'avant ! A l'assemblée générale de décembre dernier, nous disions : « Il y aurait encore autre chose à faire qu'une simple brochure ; mais le principal est d'abord de faire quelque chose. On peut donc commencer par là ». Aujourd'hui, la brochure paraît en très bon chemin ; on pourrait peut-être songer à ce qui suivra.

Certainement notre avis est qu'il serait prématuré d'entreprendre quoi que ce soit avant d'avoir mis la dernière main à l'œuvre commencée. Mais, vu le temps qu'a demandé l'élaboration de ce premier travail, on peut déjà faire les études préliminaires du suivant.

Voici ce que notre collègue, M. Moutin, d'Alais, écrit à notre Président, à propos d'une poésie (?) charlatanesque distribuée par un dentiste (?) d'Avignon :

« Cet état de choses m'incite à vous faire une proposition qui, depuis longtemps, germait dans ma tête. Voici :

» Depuis un certain nombre d'années, plusieurs de nos confrères, et non des moins éminents, cherchaient un moyen pour faire l'éducation du public, au point de vue dentaire. Eh bien ! ce moyen me paraît très possible actuellement, et cela sans aucun frais ou presque pas.

» Vous n'ignorez point que depuis quelques années il s'est formé des sociétés populaires d'instruction un peu partout, même dans de simples villages : ce mouvement se poursuit sans cesse et dans un temps, que je dirai prochain, chaque village, en France, aura sans doute des associations de ce genre.

» Ne croyez-vous pas, mon cher Président, que nous pourrions profiter d'une façon très sérieuse de ces associations dont le but principal est d'instruire le peuple, ne croyez-vous pas, dis-je, que nous pourrions faire imprimer, par exemple, des conférences toutes prêtes qui seraient adressées aux présidents de toutes ces associations qui, presque toujours, sont les instituteurs du pays où elles se trouvent, et ils se feraient un plaisir d'insérer ces conférences dans leurs programmes d'études ?

» Il est même certain que beaucoup de ces sociétés appelleraient des chirurgiens-dentistes pour faire ces mêmes conférences.

» Moi-même je prépare, pour l'année courante, une série de conférences que m'a chargé de faire le président de la Ligue de l'enseignement populaire d'Alais.

» Je crois qu'il faut saisir l'occasion, et, de cette façon, avant longtemps, les paysans les plus reculés connaîtront les bienfaits de la dentisterie moderne et ne se laisseront plus leurrer par les farceurs. »

Un autre chirurgien-dentiste, M. Paravy, de Belley, écrit, de son côté, une longue lettre que nous résumons ainsi :

« Monsieur le Président de la Commission de contre-publicité, je m'intéresse beaucoup à votre idée de contre-publicité ; mais vous ne pouvez décemment faire distribuer vos brochures dans la rue ; si vous les envoyez par la poste, j'estime qu'elles seront mises au panier sans être lues. Le meilleur moyen, à mon avis, serait de faire des conférences sur la dentisterie dans toutes les écoles ; le dentiste dans les villes, le maître d'école dans les campagnes seraient chargés de cette besogne. De cette façon la génération future posséderait en principe les premières notions d'hygiène dentaire. Cela familiariserait en outre les enfants avec le dentiste, ce qui nous rendrait un grand service, car il ne faut pas se dissimuler la crainte du dentiste qu'ont les enfants aussi bien à Paris qu'en province.

» Grâce à cette organisation ces enfants non seulement ne craindraient plus le praticien, mais serviraient au contraire de propagateurs, portant dans leurs familles les instructions qu'ils auraient reçues du conférencier. »

C'est encore à la conférence que se ralliait notre ami Charpentier dans sa communication à la huitième section du Congrès :

« Les dentistes sont évidemment les premiers indiqués pour des con-

férences d'hygiène dentaire, mais dans les petites agglomérations, dans les petits centres où il n'existe ni dentiste ni praticien d'aucune sorte, où ce dernier ne peut se rendre faute de temps ou de communications aisées, à quel facteur s'adresser ? Dans ce cas, l'instituteur d'une part, en faisant son cours d'hygiène générale inscrit aux programmes, peut insister sur la nécessité des soins buccaux; le professeur d'agriculture, d'un autre côté, peut, en parlant des fermentations, des maladies épidémiques, toucher quelques mots sur le sujet qui nous occupe, le curé lui-même peut devenir notre auxiliaire aux conférences d'instruction religieuse. »

Les arguments de nos confrères nous semblent très justes ; mais on ne s'est pas contenté de préconiser les conférences comme un moyen excellent d'instruire le public, de différents côtés on a commencé à en organiser : nos collègues R. Vidal, à Perpignan, Moutin, à Alais, Schwartz, le distingué président de l'Association des dentistes du sud-est, à Nîmes, etc.

Le succès que leur a fait le nombreux public qu'ils avaient su réunir prouve l'influence de ce mode d'enseignement et l'utilité de le généraliser.

Nous acceptons donc volontiers l'idée, après la réussite du concours organisé en ce moment, d'en ouvrir un autre pour une conférence ou une série de conférences types qui seraient envoyées, comme le propose M. Moutin, aux sociétés populaires d'instruction, aux instituteurs et à tous ceux qui à un titre quelconque pourraient en faire usage.

En attendant nous engageons tous nos confrères à organiser des conférences partout où ils le pourront. Ils créeront ainsi autant de modèles pour les futurs concurrents et ils commenceront cette œuvre de vulgarisation à laquelle nous devons tous travailler.

P. S.

DEMANDES ET OFFRES

PRIX d'une CASE, dans 3 numéros........................ **8** francs.
payable d'avance. (Pour les Abonnés de *L'Odontologie*. **5** »).

L'Administration de L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

---

14 **Cabinet dentaire** (*province*) produit : 50.000 fr. *Frais généraux minimes.* **BELLE INSTALLATION**. Ecrire : Lavigne, 29, Galerie du Baromètre, Paris. (63-1)

---

15 ***OCCASION UNIQUE.*** Cabinet dentaire dans *l'Est*, affaires 15 000 fr. dernière année. *Installation électrique et gaz*, appartement 8 pièces, bail, loyer 950 fr. ***A VENDRE*** avec ou sans inventaire. Prix 5.000 fr. sans inventaire. Ecrire 125, M. A. aux soins de l'Administration du journal. (64-1)

---

16 **On demande** en **ANGLETERRE** un jeune homme connaissant le travail du **caoutchouc** et un peu le **métal**, désirant *apprendre l'anglais ; vie en famille.* Ecrire à John L. Newton Holly House, 6, Scarisbrick new Road, Southport. (65-1)

---

17 **On céderait** à **PARIS**, **cabinet** *très bien situé* sur un *grand boulevard.* Affaires 17.000 fr. Grand appartement, bail, 1.600 fr. de loyer. Prix demandé 23.000 fr. dont 15.000 fr. comptant. Ecrire par poste à O. P. aux soins du journal. (65-1)

---

18 ***Chirurgien-dentiste de province*** désire placer à ***PARIS***, son fils âgé de 16 ans (*muni du certificat d'études secondaires*), en attendant son entrée à *l'Ecole dentaire.* Adresser les offres aux initiales G. C. aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne. (66-1)

---

19 **A céder**, **DANS LE MIDI**, *Clientèle aristocratique.* Conditions : Moitié au moins comptant. Bail à volonté. Affaire des plus sérieuse. S'adresser à M. le Dr Du Bouchet, boulevard des Capucines, 8, Paris. (67-1)

A vendre pour cause de décès

ENSEMBLE OU SÉPARÉMENT

20 ***Vingt actions au porteur,*** de 250 fr. l'une produisant 5 0/0 d'intérêt, de la Société française de fournitures dentaires ***(anciens établissements Kœlliker à Paris).*** — Dernier coupon payé 15 fr., soit 6 0/0 du capital nominal.

21 **S'adresser à M. Vasseur, 9, rue de Londres, Paris.**

---

22 ***JEUNE DIPLOMÉ*** de l'***Ecole dentaire de Paris*** et de la ***faculté de médecine de Paris,*** au courant du *Bridge* et des *obturations de porcelaine*, demande emploi d'***assistant*** en ***Allemagne.*** Ecrire à G. R. C. aux soins de M. Papot, 45, rue de la Tour-d'Auvergne.

Avis relatif aux « DEMANDES ET OFFRES ».

La plupart du temps les confrères qui usent de nos « DEMANDES ET OFFRES » *désirent garder l'anonyme ; aussi indiquent-ils presque toujours simplement dans ces annonces les initiales sous lesquelles les demandes doivent leur être adressées par les soins de l'Administration du journal, dont le rôle se borne à cette transmission et qui ne prend à l'égard des affaires annoncées* aucune sorte de responsabilité.

L'administrateur rappelle aux intéressés que les lettres doivent lui parvenir **par la poste** *avec l'adresse ainsi libellée:* M. (initiales indiquées) *aux soins de M. Papot. Il les rend au facteur,* sans les ouvrir, *après en avoir complété l'adresse. Il ne peut donc personnellement donner aucun renseignement sur les affaires à traiter.*



ACADÉMIE
DE PARIS

—

Certificat d'études secondaires exigé des chirurgiens-dentistes.

—

2e Session de 1901.

UNIVERSITÉ DE FRANCE

Paris, le 10 septembre 1901.

M. le Directeur,

J'ai l'honneur de vous informer que les examens du Certificat d'études secondaires, exigé des candidats au grade de chirurgien-dentiste, auront lieu à Paris, les *mercredi* 23 *et jeudi* 24 *octobre prochain* (2e session de 1901).

Les inscriptions seront reçues au Secrétariat de l'Académie, à la Sorbonne (5e bureau), du 16 *septembre au* 19 *octobre inclus.*

Les pièces à produire sont :

1° Une demande sur papier timbré à 0 fr. 60, portant l'indication de la langue dans laquelle le candidat désire subir l'*épreuve de la version*, ainsi que *l'autorisation du père* ou du tuteur, s'il est mineur (les signatures devront être légalisées).

2° L'acte de naissance sur papier timbré à 1 fr. 80, légalisé.

Sur le dépôt de ces pièces, un bulletin de versement des droits (50 francs) sera remis au candidat ; la quittance délivrée par le Receveur des droits universitaires devra être présentée au moment de l'appel dans la salle d'examen.

Je vous prie de porter ces dispositions à la connaissance des intéressés.

Recevez, etc.

L'Évolution de l'Art dentaire. — L'ÉCOLE DENTAIRE, son histoire, son action, son avenir, par le Dr Ch. Godon, directeur de l'École dentaire de Paris. 1901, 1 vol. gr. in-8, 366 pages et planches. 10 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

L'auteur passe d'abord en revue l'évolution de l'art dentaire à travers les âges. Il nous montre qu'à toutes les époques, dans les civilisations des Egyptiens, des Grecs, des Romains, des Arabes, l'art dentaire a été exercé par des spécialistes, comme il l'est de nos jours. Il divise cette partie historique en une période pratique et une période scientifique. La première remonte à la plus haute antiquité pour se terminer à la fin du XVIIe siècle ; la seconde débute en 1727 par la publication du premier ouvrage d'art dentaire « *Le Chirurgien-Dentiste* » de Pierre Fauchard et se poursuit avec la fondation de la première société odontologique et surtout de la première école dentaire en 1839 aux Etats-Unis.

L'odontologie, science nouvelle, réalise des progrès rapides et importants pendant les soixante dernières années, grâce à la multiplicité des écoles dentaires créées dans tous les pays (elles sont actuellement au nombre de plus de 150). Le compte rendu sommaire que donne l'auteur de l'important Congrès dentaire international tenu à Paris au mois d'août 1900, et qui s'est terminé par la constitution d'une Fédération dentaire internationale, permet de constater ces résultats.

Dans la deuxième partie de son étude l'auteur a pris surtout pour type de l'évolution scientifique de l'odontologie l'École dentaire de Paris, dont il raconte l'histoire. Il nous fait apprécier l'influence qu'elle a exercée sur la renaissance des études odontologiques en France par les œuvres dont elle a provoqué la création et le développement, et auxquelles est due la situation sociale du nouveau chirurgien-dentiste créé par la loi sur la médecine du 30 novembre 1892.

Deux tableaux synoptiques du programme d'enseignement, l'un de l'année 1880, l'autre de l'année 1900, placés à la fin de l'ouvrage, résument les progrès réalisés pendant ces vingt dernières années. Une troisième partie est consacrée à l'avenir de l'enseignement et des écoles dentaires.

L'ouvrage se termine par des conclusions qui représentent les principaux desiderata des chirurgiens-dentistes de tous les pays.

PRIX en librairie............... **10 fr.** } frais de port en sus.
Pour les abonnés de *L'Odontologie*. **6 fr.** }

L'administration de *L'Odontologie* prie ceux des souscripteurs à la thèse du Dr Godon qui ont reçu le volume sans en avoir envoyé le montant, d'adresser à M. Ed. Papot la somme de 6 fr. 25 pour Paris, 6 fr. 85 pour les départements et 7 fr. pour l'étranger.

NÉCROLOGIE

LE Dr CUNÉO

On annonce, de Vichy, la mort du docteur Cunéo, inspecteur général du corps de santé de la marine, commandeur de la Légion d'honneur. Le docteur Cunéo était originaire de Toulon, où se trouve encore sa famille. Il était âgé de soixante-sept ans ; il était président du Conseil supérieur de santé de la marine.

Il avait toujours porté un vif intérêt à l'École dentaire de Paris et assistait régulièrement à ses séances de réouverture des cours ; il était du reste membre du Comité de patronage de l'École, de sorte que celle-ci perd en lui un de ses meilleurs amis.

Nous prions sa famille et en particulier son fils, M. Marius Cunéo, avocat à la Cour d'appel de Paris, d'agréer l'expression de nos vifs regrets.

LE Dr A. ROSENTHAL

Nous apprenons la mort à 56 ans de M. le Dr A. Rosenthal, dont nous annoncions dans notre précédent numéro la nomination de Directeur de la clinique dentaire et des travaux de prothèse à la Faculté de médecine de l'Université de Nancy.

M. Rosenthal, membre de l'Association générale des dentistes de France, avait été président du bureau local du Congrès de Nancy (1896) et président du 3me Congrès dentaire national (Paris 1897).

Nous adressons à sa famille l'expression des regrets bien sincères que nous cause cette mort prématurée.

M. JULES HUGOT

Nous avons également le regret d'apprendre la mort de M. Jules Hugot, décédé à Molosmes, près Tonnerre (Yonne), père de notre confrère M. Théodore Hugot, membre de l'Association générale des dentistes de France, démonstrateur à l'École dentaire de Paris. Nous adressons à notre collègue l'expression de nos vifs sentiments de condoléance.



Nomination.

Nous apprenons avec plaisir la nomination de notre confrère M. Eugène Peters comme dentiste de la caisse des Ecoles du XVIIIe arrondissement.

Un sauvetage.

Notre ami Delair s'est vaillamment comporté à Ajaccio en se jetant à la tête d'un cheval emporté, au moment où une malheureuse femme allait être écrasée. Il a pu ainsi éviter un grave accident, non sans péril pour lui car il a été assez fortement contusionné au bras droit. Nous lui adressons nos très vives félicitations et nous ne doutons pas que sa courageuse conduite, qui a été signalée, n'obtienne une juste récompense.

DERNIÈRE HEURE

Nous rentrons d'Ajaccio et nous sommes heureux de constater dès à présent que la Section d'Odontologie a eu des séances suivies, très intéressantes et qu'elle a dignement occupé la place que lui a faite l'Association française pour l'Avancement des sciences. Nous remettons à notre prochain numéro la publication du compte rendu des séances.

Nous prions *instamment* ceux de nos lecteurs qui possèdent en double des numéros de *L'Odontologie*, anciens ou récents, de vouloir bien nous remettre les exemplaires qui ne leur sont pas nécessaires. Les nos suivants sont particulièrement réclamés.

1881. **JUIN**, Juillet.
1882. **JUILLET.**
1883. **NOVEMBRE.**
1886. **JANVIER.**
1889. Février, *Avril.*
1890. Janvier, Octobre.
1891. Janvier, Février.
1892. **JANVIER**, *Février, Décembre.*
1893. **JANVIER, FÉVRIER, AVRIL.**
1894. **JANVIER**, *Février*, **MARS, MAI**, *Octobre, Décembre.*
1895. Juillet.
1896. **AVRIL.**
1897. **JANVIER.**
1898. 15 Janvier, **15 FÉVRIER, 28 FÉVRIER, 15 MARS, 30 JUIN, 30 AOUT.**
1900. *15 Janvier*, 30 Janvier, *28 Février, 15 Septembre.*
1901. *15 Mai.*

AVIS

Les adresses imprimées de nos abonnés et les précautions prises pour leur assurer une distribution régulière nous permettent de garantir la remise à la poste de tout le service du Journal. Malgré cela, il nous arrive chaque quinzaine quelques réclamations de numéros non parvenus à destination.

L'administration de *L'Odontologie* décline à ce sujet toute responsabilité; elle se tient cependant à la disposition de ses correspondants pour leur envoyer un nouvel exemplaire, s'il est réclamé dans le délai d'un mois.



TRIBUNE OUVERTE.

QUESTIONS ET RÉPONSES.

N. B. Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier les questions qui nous seront adressées et nous serions heureux que cette insertion provoquât des réponses, que nous accueillerons tout en *déclinant toute responsabilité au sujet des opinions émises.*

Toutefois nous ne pouvons donner suite qu'aux questions ou réponses signées; mais la publication peut en être faite sous un pseudonyme choisi par l'auteur. *Prière de ne pas insérer ces communications dans le corps d'une lettre, mais sur feuillet spécial écrit d'un seul côté.*

? N° 157. — *Une personne portant depuis longtemps* sans aucune gêne *un appareil de vulcanite sans crochets ressent, depuis quelques jours, au palais, une impression d'acidité (« de cuivre », dit-elle). Il n'y a pas la moindre inflammation de la bouche. Aucune altération professionnelle possible.*

Est-ce une idée fixe de sa part ou est-ce le commencement de la « maladie du caoutchouc »? Y a-t-il un traitement spécial autre que l'antisepsie buccale?

J. C.

☞ *Réponse.* — Ce que ressent votre client est au moins bizarre, car une impression acide ne peut être métallique, et *vice versa.*

L'explication chimique suivante est cependant possible. Si à l'intérieur du vulcanisateur mal nettoyé, il s'est formé du vert-de-gris, le moufle étant mal bridé, le carbonate de cuivre entraîné par l'eau, ou par la vapeur d'eau sous pression, arrivera en contact avec le plâtre.

Or la vapeur d'eau — surtout sous pression — attaque le soufre combiné au caoutchouc dans la vulcanisation, avec formation de sulfure et de sulfate de cuivre qui, par le courant osmotique, arrivant au contact du caoutchouc, s'y associeront. Que cette impression soit due à une autosuggestion ou à une autre cause, la prescription d'une ordonnance sera toujours d'un excellent effet moral, capable de remédier rapidement à cet état de choses. Par exemple, les pastilles suivantes :

R. Acide thymique	0,10	cent.
Bicarbonate de soude	5	gr.
Chlorate de potasse	5	—
Suc de réglisse	20	—
Sucre	70	—
Essence de menthe }	ãã X	gttes
— de badiane }		
Gomme adragante	2	gr.

M. f. s. a 100 pastilles dont on sucera 6 à 8 par jour.

Ces pastilles à la fois sialalogues, alcalines, antiseptiques trouvent une application fréquente dans notre thérapeutique.

P. SCHOULL.
Chirurgien-dentiste.

? N° 172. — *A quoi faut-il attribuer la teinte rougeâtre que prennent certaines dents anglaises après le travail de la soudure?* J. P.

? N° 175. — *Quels sont les modes de préparation et de coloration qu'emploient les fournisseurs pour obtenir la cire rose?* L. F.

☞ *Réponse.* — Les différentes compositions de cire rose sont un mélange de cire blanche et d'huile, ou de cire blanche, de paraffine au 1/4 et d'huile. L'huile de vaseline est préférée car elle diminue les causes d'oxydation c'est-à-dire de rancidité.

La coloration rose est donnée avec le carmin, environ 0,50 cent. pour 100, ou, mieux encore, par le carminoïde ou extrait éthéré d'orcanette, soluble dans les corps gras.

Mode opératoire : faire fondre au bain-marie la cire, la paraffine et l'huile et dans le mélange épaissi et prêt à se figer on ajoute le colorant préalablement délayé, —ou dissous, suivant la matière employée — dans une cuillerée d'huile. Couler ensuite dans des moules de papier sur une surface horizontale. On peut aussi faire les plaques, en plongeant dans le mélange à moitié refroidi une bouteille à fond plat. Une section verticale et du fond vous donne une plaque très égale.

P. SCHOULL.

? N° 176. — *Dans la pratique de l'anesthésie par le protoxyde d'azote, est-il préférable d'employer la méthode de F. Mervitt (protoxyde et oxygène) ? Cette méthode fait-elle encourir plus de responsabilité que l'emploi de la cocaïne?*

UN ABONNÉ.

? N° 180. — *Un dentiste patenté depuis 1884, mais ayant cessé d'exercer en 1890, par conséquent ne figurant pas sur le rôle des dentistes au 1er janvier 1892, peut-il, à l'heure actuelle, reprendre un cabinet et exercer légalement? Existe-t-il une décision établissant ce droit et quelle en est la date?*

ANCIEN.

Notre collaborateur judiciaire a répondu précédemment à cette question. Voici cependant un avis opposé qu'un de nos correspondants nous adresse.

☞ *Réponse.* — Il existe un avis du conseil d'Etat différent de la consultation de Me F.-W. que vous avez insérée dans le dernier numéro en réponse à la question n° 180.

« Considérant que ces praticiens (les dentistes qui, patentés antérieurement au 1er janvier 1892, n'étaient pas inscrits au rôle à cette époque) peuvent justifier, par la production d'une patente antérieure au 1er janvier 1892, qu'ils exerçaient leur profession avant la date fixée par le législateur... ils peuvent reprendre l'exercice de leur profession... »

Voir *Bulletin du Syndic. des chir.-dent. de France*, 1898, p. 20. P. S.

? N° 181. — *Les pharmaciens ont-ils le droit de tenir un cabinet dentaire en même temps que leur officine ?* M. C.

? N° 182. — *Les diplômés de l'Ecole dentaire de Genève ont-ils le droit de mettre sur leur réclame M. X., médecin-dentiste ?* M. C.

AVIS.

La brochure du Dr Röse « *Guide de l'hygiène dentaire buccale* », publiée dans ce journal, est en vente au bureau de *L'Odontologie*. Comme il n'en a été tiré qu'un certain nombre d'exemplaires, les dentistes qui seraient désireux d'en faire l'acquisition pour la distribuer à leur clientèle pourront la recevoir en en faisant immédiatement la demande à raison de 20 fr. les 100 exemplaires et 12 fr. 50 les 50 (frais de port en sus).

Avis relatif au recouvrement des cotisations

Les membres de l'Association et les abonnés du Journal domiciliés dans les *Colonies* ou à l'*Etranger*, qui ont des *cotisations en retard*, sont priés de bien vouloir en adresser le montant, en un mandat-poste international ou en un chèque sur un établissement financier de Paris.

Pour L'ASSOCIATION, au *Trésorier :* Jules d'Argent.................
Pour le JOURNAL, à l'*Administrateur Gérant :* Ed. Papot..............
45, rue de la Tour-d'Auvergne, Paris.

21e ANNÉE. N° 18 30 SEPTEMBRE 1901 VOL. XXVI



L'*Odontologie* est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

BULLETIN

La décision prise à propos des concours de l'Assistance publique a été saluée par les chants d'allégresse du Haut Pontife de la stomatologie. Je ne dirai pas qu'il y a eu concert d'imprécations du côté des odontologistes, ce serait interpréter exagérément les manifestations qu'a suscitées chez eux la décision du Conseil de surveillance d'une institution que le monde ne nous envie pour ainsi dire plus ; néanmoins, mes amis ont déployé pour faire aboutir la solution qu'ils considéraient comme la seule équitable, une activité digne d'une cause plus intéressante. Que l'on n'aille pas croire surtout que le système dentaire des malheureux clients de l'Assistance me laisse indifférent ; je suis moins que personne partisan de l'abandonner sans contrôle sérieux au fer odonticide des pionniers de la stomatologie, je souhaite les réformes urgentes, mais il me répugne d'être dupe et je n'ai, je l'avoue, aucune tendance à prendre volontairement l'hameçon pour la proie. J'ai participé, il est vrai, à la campagne qui vient d'être menée contre les tardigrades sincères ou intéressés, mais c'est uniquement par discipline ; si mon sentiment avait eu quelque

chance de prévaloir, j'aurais conseillé l'abstention motivée.

Nul ne saurait contester au grand chef de la Société de stomatologie le droit de s'enorgueillir du succès qui est son œuvre. C'est à la vigoureuse campagne, à la logique inflexible et puissante de cet éminent psychologue qu'il faut attribuer notre défaite. Comme cet homme connaît les hommes! Quel manœuvrier! Si le clan médical qui compose la majorité du Conseil, si l'éminent doyen de la Faculté de médecine n'avaient eu leur siège fait préalablement, les merveilleuses pages de littérature politico-professionnelle que nous devons à la plume de M. Cruet eussent fatalement accompli l'œuvre inéluctable.

Et quelle urbanité respire la prose de l'illustre maître! Quelle courtoisie dans la discussion! Comme on sent tout de suite l'homme supérieurement élevé, aimable avec tous! Il assomme ses adversaires (et peut-être aussi ses amis), mais c'est fait si galamment qu'il y aurait vraiment mauvaise grâce à s'en plaindre. Je n'ai pas la prétention, qui serait d'ailleurs injustifiée, de mettre en lumière toutes les précieuses perles, dont l'éclat m'éblouit encore, qui fourmillent dans son étonnante polémique, un simple odontologiste doit savoir se tenir à sa place; j'en veux seulement faire saillir deux plus particulièrement scintillantes: 1° la magistrale démonstration de l'incapacité du vulgaire chirurgien-dentiste à remplir les fonctions de dentiste des hôpitaux; 2° la divulgation d'un piège dans lequel nous persistions à aller donner tête baissée, malgré ses bienveillants avis. Mais avant d'entreprendre cette tâche, réellement pénible pour notre amour-propre, qu'il me soit permis d'exprimer le regret sincère de voir le président de la Société de stomatologie user sa haute capacité en des polémiques tout au plus suffisantes pour exercer des hommes de second plan. Quels monuments de science et de technique professionnelles

n'eût-il pas élevés, s'il avait un instant pensé à mettre ses merveilleuses facultés au service de la science ! Après tout, peut-être n'a-t-il pas daigné.

Les concours pour les postes de dentistes des hôpitaux, dit en substance M. Cruet, ne sauraient être rendus accessibles aux chirurgiens-dentistes créés par la loi de 1892; seuls, les docteurs en médecine sont qualifiés pour y prendre part, parce que, seuls ils possèdent la science générale et spéciale indispensable à la fonction. Quelle magistrale affirmation ! La preuve, elle, est lumineuse : si les docteurs en médecine possèdent seuls cette science spéciale, faute de laquelle les dents de nos malades sont irrémédiablement compromises, c'est parce qu'il est impossible de l'acquérir sans faire le doctorat. Et allez donc, c'est écrasant dans sa simplicité !

Quant au piège dans lequel nous allions nous enferrer, je l'avais éventé et, personnellement, le traquenard ne m'aurait jamais pincé, mais je ne suis pas fâché qu'il m'ait été révélé par notre considérable adversaire. Je continue à le citer toujours en substance :

« Et qui nous dit que ceux-là mêmes qui réclament leur admission au concours ne sont pas enchantés d'avoir la certitude de ne pouvoir réussir ? Si nous voulions les mettre dans le plus cruel embarras, nous n'aurions qu'à nous employer pour faire aboutir leurs revendications. Quel plaisir d'assister à leur confusion ! Aucun d'eux n'oserait se présenter, ce serait le formel aveu de leur impuissance. Mais les principes avant tout, etc., etc. »

Eh bien, pour parler sérieusement, M. Cruet avait raison. Je le crois très bien documenté et je suis persuadé qu'il ne s'aventurerait pas dans des affirmations semblables, s'il n'était sûr de son fait.

Si je lis bien entre ses lignes, il veut dire tout simplement qu'on aurait ramassé, pour les servir aux naïfs chirurgiens-dentistes qui se seraient présentés,

toutes les « colles » médicales absurdes en l'espèce. C'est ce que j'aurais appelé une bonne farce. Quant aux malheureux malades qui ressortissent à notre spécialité et qui fréquentent les hôpitaux, ils sont faits pour l'Assistance publique, comme les administrés sont faits pour les administrations. Ils n'ont jamais, à aucun titre, pris la moindre place dans les préoccupations du Conseil de surveillance, de M. le doyen de la Faculté et de M. Cruet.

Il est donc acquis que le programme des concours sera, au point de vue spécial, à la portée des hautes capacités stomatologistes, comme il aurait été sûrement au point de vue médical hors de la portée des dentistes sérieux. C'était le traquenard réservé pour le cas où nous aurions obtenu gain de cause. Je suis absolument persuadé que la défaite que nous avons subie, nous vaut d'avoir échappé au ridicule. Ce n'est pas après une victoire à la Pyrrhus, comme celle que nous poursuivions inconsidérément, que nous aurions été qualifiés pour dénoncer soit l'ignorance absolue des nécessités professionnelles, soit la mauvaise foi, ou même l'une et l'autre, qui auraient présidé à l'élaboration des programmes.

Les circonstances nous laissent notre liberté d'action, nous ne sommes donc pas gênés dans les entournures pour dire ce que nous pensons. Et ce n'est pas difficile :

Il y a seulement une vingtaine d'années, il nous était permis d'éprouver quelque estime pour nos adversaires. Avec le bel aplomb de l'ignorance absolue, ils nous servaient déjà leur sempiternel refrain, qui ne s'est même pas modifié depuis 20 ans. Ils connaissaient de la spécialité qu'ils prétendaient exercer, si peu, si peu qu'ils ignoraient même l'étendue de leur ignorance. Ils étaient donc de bonne foi dans leurs prétentions à la prééminence. Il n'en va plus de même aujourd'hui : les écoles, les congrès, les journaux, les comptes rendus des sociétés odontologiques ont vulga-

risé les connaissances théoriques de notre technique de telle façon que ces Messieurs parlent du traitement des dents infectées, de la technique des aurifications comme des gens familiers avec ces opérations. De temps à autre même ils découvrent la réimplantation. Enfin, bien qu'ils soient somme toute généralement assez réservés sur la science et la technique dentaires, ils pourraient presque donner aux profanes l'illusion de véritables professionnels.

Cette digression un peu longue était utile pour démontrer qu'ils ont maintenant une notion suffisante des difficultés de leur art pour qu'il leur soit permis de mesurer la profondeur du fossé qui les sépare des dentistes sérieux, pourtant il me répugne de croire à leur mauvaise foi. Quand ils font campagne, non point sur notre dos — nous avons les reins solides — mais sur le dos du bon public, je préfère penser qu'ils sont dans l'état psychique caractéristique des déformations professionnelles dont les exemples fourmillent.

Quoi qu'il en soit, je prétends qu'ils sont, non pas convaincus, mais sûrs qu'ils n'auraient rien à faire dans un concours sérieux, mieux encore, dans des examens probants, à titre d'examinés, entendons-nous, et non d'examinateurs. Jamais le grand public ne connaîtra l'immensité du bluff du grand trust médico-dentaire.

Ah! qu'il nous serait facile de servir à M. Cruet sa propre prose, si les postes d'examinateurs et de dentistes des hôpitaux étaient donnés au concours, ainsi que je l'avais demandé à M. Brouardel, à la suite de la première série d'examens de chirurgien-dentiste, tout au moins pour les postes d'examinateurs; mais je parlais de concours honnêtes.

Il faudra pourtant bien en arriver un jour à ce que les fonctions confiées par l'Administration soient obtenues après des concours basés sur les besoins du public, et non sur la méconnaissance absolue de ces besoins. Dans ces conditions, croyez-le bien, Monsieur Cruet,

nous marcherons. Ce bon public, qui est le maître après tout, puisque c'est lui qui paie, finira bien par faire prévaloir ses droits, malgré l'absence de vergogne de gens qui, acceptant des fonctions pour s'occuper de ses intérêts, agissent absolument à l'encontre.

Que devrait être le programme des concours? Oh! très simple : l'examen et le traitement *d'une demi-douzaine de malades présentant* toutes les variétés *d'affections dentaires. L'examen devrait être fait consécutivement, sans préparation ; le candidat devrait voir et préciser rapidement, pour ainsi dire d'un coup d'œil, la nature des affections, expliquer leurs causes, déterminer leurs effets et décrire méthodiquement les moyens d'y remédier. Le traitement devrait se faire là, au fauteuil. Toutes les obturations devraient être pratiquées après indication des raisons susceptibles de guider le choix du candidat. Le nombre des malades à traiter lui permettrait de montrer ses aptitudes tant au point de vue du diagnostic rapide, précis, que du traitement méthodique à exécuter. Il lui permettrait également de pratiquer tous les travaux, si variés, qui font partie du traitement, que le dentiste doit connaître à fond et qui rendent à nos malades des services considérables.*

Il est évident que ce ne serait point le concours pour rire cher aux stomatologistes, car il n'y aurait certainement pas assauts de beaux discours à dormir debout. La matière est pourtant susceptible de sérieux développements ; mais voilà, ici la tangente fait défaut!

Ce n'est pas la première fois que l'insuffisance professionnelle des stomatologistes, a été mise en lumière, on en a déjà parlé à mots plus ou moins couverts ; je n'ai donc à cet égard aucune prétention à l'originalité ; mais je crois avoir fait ce que j'ai voulu, c'est-à-dire appuyer suffisamment sur la corde pour que le son soit net. Les stomatologistes se prétendent supérieurs en tant que spécialistes, parce que docteurs ; nous

prétendons, nous, qu'ils sont, pour la plupart, non seulement inférieurs, mais même nuls.

La plus vulgaire probité, quand on affirme péremptoirement une chose, c'est d'être prêt à la prouver.

Nous avons offert maintes fois aux stomatologistes, l'occasion de faire la preuve de leurs affirmations. Notre campagne en vue de l'extension des concours les mettait en bonne posture pour cela : il leur suffisait d'appuyer notre demande et de veiller, de concert avec nous, à ce que les programmes fussent nettement spéciaux et complets, c'est-à-dire comprenant tout ce qui, de près ou de loin, se rattache à la spécialité. Ils ne l'ont pas voulu, bien au contraire; cela semble prouver qu'ils redoutent la comparaison publique entre leur personnel et le nôtre. Quant aux fonctionnaires qui ont mis leur influence au service d'une affaire de boutique, en retirant brutalement aux malheureux les chances qu'ils pouvaient avoir d'être traités et guéris suivant les méthodes scientifiques les plus récentes, s'ils gardent leur sérénité après avoir fait d'aussi bonne besogne, il faut qu'ils aient une compréhension spéciale de leurs devoirs, car il ne leur en coûtait rien de tenter une expérience dont leurs malheureux clients devaient bénéficier en fin de compte; en tout cas c'est ce qui pouvait arriver de pis.

Il leur serait, en effet, bien malaisé de sortir de ce dilemme : ou le concours démontrera irréfutablement l'infériorité des dentistes et la chose sera réglée une fois pour toutes ; ou, au contraire, leur supériorité s'affirmera considérable, et alors ce sera la preuve par le fait de la nécessité du concours mixte. De toute façon, je le répète, il ne pouvait sortir de cette émulation qu'une sécurité plus grande pour les malades. Je dis donc très nettement que le vote du Conseil de surveillance, que l'intervention de M. le Doyen, que la campagne de M. Cruet ont été inspirés uniquement par le détestable esprit de coterie.

Me trompé-je ?

Les gens que j'accuse seraient-ils convaincus de leur omniscience et auraient-ils réellement entendu faire leur campagne exclusiviste au nom d'un principe ? Admettons-le pour un instant. Alors devant les accusations de nullité que nous leur jetons crûment à la face, et dont nous leur offrons toujours de faire la preuve, ils doivent ardemment souhaiter une occasion légitime de nous confondre.

Hélas ! il n'y faut pas compter; les occasions, les stomatologistes les ont toujours évitées avec le plus grand soin. Dans les manifestations publiques ils n'ont jamais montré leurs capacités techniques, jamais dévoilé leurs théories odontologiques, si tant est qu'ils en conçoivent. Leurs assemblées, exclusivement consacrées à ergoter sur des sujets plus ou moins éloignés de la technique quotidienne, sont tout ce qu'il y a de plus privé ; je n'en veux pour preuve que les notes qui nous sont fournies par les comptes rendus de leur dernier Congrès. Il est facile, à la lecture, de se rendre compte qu'en dehors de la parlotte, les rares démonstrations dont leurs adhérents aient pu profiter ont été faites uniquement soit par de simples dentistes, soit par des dentistes devenus docteurs longtemps après avoir acquis une certaine notoriété en tant que professionnels.

Serons-nous plus heureux dans l'avenir? Verrons-nous enfin les stomatologistes démontrer publiquement par leurs travaux qu'ils sont les seuls cliniciens, thérapeutes, chirurgiens-dentistes compétents qu'ils prétendent être? S'il en était ainsi, nous ne pourrions que nous féliciter. Ayant nous-mêmes l'intention d'aller toujours de l'avant, nous aurions enfin les éléments de comparaison que nous réclamons depuis vingt ans; ce serait tout profit pour notre science spéciale et nos malades. Quant au concours, il n'y faut plus compter à ce point de vue, les programmes constitués démontrent irréfutablement qu'ils ne

sortiront pas, quant à présent du moins, de la banale dissertation sur un chapitre médical n'ayant aucun rapport avec ce qu'il faudrait savoir pour assurer utilement les services dentaires hospitaliers. Il n'y a donc qu'une fumisterie de plus.

Et maintenant, je veux adresser encore un mot à ceux qui dirigent les destinées de l'École dentaire de Paris, avec tant de compétence et de dévouement. A MM. Godon, Martinier, Sauvez, Roy et d'Argent je dirai :

Pourquoi donc avez-vous combattu si ardemment pour l'extension des concours ? C'est évidemment pour que les malheureux malades reçoivent les soins que les progrès de la science dentaire mettent à la portée de tous. Dès lors il était indiqué de vous désintéresser de cette affaire, dès que vous avez eu la certitude que la composition du programme des concours allait à l'encontre de la solution que vous cherchiez à faire prévaloir. A ce moment vous deviez, à mon avis, vous retirer de la lutte en indiquant nettement pourquoi dans une déclaration publique. Que vous fait après tout le service des hôpitaux, quand vous savez que tous vos efforts n'aboutiront pas à l'améliorer, au profit des malheureux ? N'êtes-vous pas suffisamment surmenés par le service de l'École ? Après avoir longtemps et vainement cherché la formule qui devait mettre au point la quatrième année que nous rêvons tous, vous venez de la trouver ; mieux encore, vous avez également trouvé le moyen de placer votre diplôme en dehors et au-dessus du diplôme de l'État.

C'est dans cette voie seulement que vous rencontrerez la vérité, la vérité vraie, celle qui doit donner à notre enseignement son développement normal. Ne croyez-vous pas qu'il vaut mieux consacrer attentivement toute votre activité à l'organisation des projets votés que de vous prodiguer dans des luttes stériles ?

Il est vrai que de l'activité, vous en avez à revendre.

L. RICHARD-CHAUVIN.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

CONGRÈS D'AJACCIO
1901

SECTION D'ODONTOLOGIE

CHRONIQUE

1° TRAVAUX DE LA SECTION D'ODONTOLOGIE;
2° FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE;
3° EXCURSIONS.

La première session de la Section d'Odontologie qui vient de se tenir du 8 au 15 septembre à Ajaccio a été très intéressante, tant par la réunion simultanée des autres sections de l'Association française pour l'Avancement des sciences que par les travaux présentés à la dite section et par le cadre enchanteur du pays, au milieu duquel les excursions revêtaient forcément un cachet particulier, presque exotique.

Le nombre des membres venus à Ajaccio était de plusieurs centaines, et la Section d'Odontologie était l'une des plus nombreuses.

La session s'est ouverte le dimanche 8 septembre, à quatre heures de l'après-midi, par une séance inaugurale au grand théâtre d'Ajaccio, sous la présidence de M. Hamy, membre de l'Institut, professeur au Muséum d'histoire naturelle de Paris.

Après un discours de bienvenue du maire d'Ajaccio, au nom de la ville et du secrétaire général de la préfecture, au nom du gouvernement, le secrétaire et le trésorier de l'Association ont mis, par leurs rapports, les membres de l'AFAS au courant des principaux faits marquants survenus pendant l'année 1900-1901.

Puis, M. Hamy, dans un discours très élevé, a fait l'éloge du but que poursuit l'Association et s'est occupé spécialement de la section d'anthropologie dont il a fait l'historique.

Après cette séance d'ouverture, les membres de l'AFAS se sont retrouvés le soir à l'Hôtel de Ville, où avait lieu une réception offerte par la municipalité d'Ajaccio. Ce monument, comme tous les monuments corses, surtout ceux d'Ajaccio, contient des souvenirs nombreux de la famille impériale, et dans toutes les salles, on trouve des statues ou des tableaux se rapportant à l'époque napoléonienne.

Le lundi, *après la constitution des bureaux, les diverses sections ont commencé leurs travaux.*

Le bureau de la Section d'Odontologie a été constitué de la façon suivante :

M. Godon, président.

MM. Viau, Delair, vice-présidents.

M. Sauvez, secrétaire général.

M. Vichot, secrétaire-adjoint.

Nous ne nous occuperons que des travaux de notre section, qui, d'ailleurs, ont été suivis par plusieurs membres des autres, de même que les membres de la Section d'Odontologie allaient assister aux communications qui les intéressaient dans les sections voisines. Nous ne donnons ici qu'un résumé des travaux, et nous renvoyons pour plus amples explications au compte rendu complet qui sera publié incessamment. Les séances avaient lieu au Collège Fesch, bâtiment situé au bord de la mer, et encadré d'un côté par le musée d'Ajaccio, de l'autre par une chapelle, qui contient dans ses cryptes plusieurs tombeaux de la famille de l'empereur, entre autres celui de sa mère, Lœtitia Ramolino.

Au début de la séance, M. Godon, président, dans une allocution très applaudie, a rappelé la genèse de la Section d'Odontologie dans l'AFAS, a discuté les diver-

ses façons de concevoir la participation de la section aux travaux de l'Association, et a terminé par des considérations intéressantes relatives à l'enseignement.

Dans cette séance, M. Choquet a donné lecture de sa communication très remarquable, très nouvelle, au sujet de la stérilisation de la dentine par un procédé spécial, basé sur l'emploi de la méthode de Weill en histologie.

Après avoir déshydraté la dent au moyen de solutions d'alcool dans l'eau, de plus en plus concentrées jusqu'à ce qu'on arrive à l'alcool absolu, il fait passer dans l'intérieur de la dent un liquide spécial, dont la base antiseptique est l'hydronaphtol, et qu'il appelle le xyléna. M. Choquet démontre chimiquement que cet antiseptique pénètre dans une dent vivante jusqu'au cément, et par conséquent jusque dans les canalicules de la dentine, en assurant d'une façon absolue l'antisepsie parfaite de la dent.

L'exposé de cette méthode a donné lieu à une discussion intéressante, où les uns et les autres ont examiné ce procédé au point de vue scientifique et au point de vue pratique, et tous ont été unanimes pour féliciter vivement le jeune professeur de l'Ecole dentaire de Paris d'être arrivé à un pareil résultat, déjà très favorablement apprécié au meeting annuel de la British dental Association tenu à Londres.

La séance de l'après-midi a été consacrée à la lecture de la communication de M. Mendel-Joseph sur les conditions de la sensibilité de la dent, communication très scientifique, dans laquelle l'auteur fait un exposé critique intéressant des diverses théories en présence pour expliquer les causes de sensibilité de la dentine.

Dans la même séance également, fut présentée la communication de M. Richard-Chauvin, destinée à faciliter aux praticiens l'emploi de la méthode des obturations d'émail par le procédé de l'auteur. Cette

communication, très complète et très riche en détails pratiques, a vivement intéressé l'auditoire, qui a discuté longuement les avantages et les inconvénients, non seulement des obturations d'émail par le procédé Richard-Chauvin, mais des obturations de porcelaine en général.

M. Lemerle a fait ensuite une démonstration pratique du procédé, en l'absence de M. Chauvin, empêché.

Le mardi matin, *M. Kelsey, de Marseille, a présenté un appareil très ingénieux pouvant rendre des services multiples aux praticiens. Cet appareil comprend deux réservoirs, l'un plein d'eau, l'autre plein d'air comprimé à l'aide d'une pression obtenue par une pompe à pneumatiques de bicyclette. Cet appareil présente à la fois un réservoir d'eau froide et d'eau chaude, et peut fournir un jet de l'une ou de l'autre. Il peut également fournir de l'air froid ou de l'air chaud, alimenter un thermo-cautère, et être employé comme stérilisateur.*

M. le Dr Rolland, de Bordeaux, a fait ensuite une communication sur une nouvelle méthode d'anesthésie par un mélange de chlorure d'éthyle et de chlorure de méthyle dans certaines proportions. Beaucoup de praticiens avaient déjà signalé l'action de ce mélange comme anesthésique général, action qu'ils avaient constatée en employant l'un des mélanges réfrigérants composés de ces deux corps et qu'on trouve dans le commerce sous le nom de coryl, anestile, etc. Le Dr Rolland a utilisé cette propriété pour en faire la base d'un procédé d'anesthésie générale, alors qu'il ne pouvait jusqu'ici être considéré que comme un accident de l'anesthésie locale.

Cette communication, faite très brillamment par son auteur, a été fortement goûtée, d'autant plus que le Dr Rolland, pour démontrer pratiquement la facilité de l'emploi de son procédé et son innocuité, s'est endormi lui-même en quelques secondes.

Plusieurs des membres de la section : MM. Vichot, de Lyon ; Delair, de Nevers ; de Trey, de Londres, ont également voulu essayer l'emploi du nouvel anesthésique et se sont endormis très rapidement et sans aucune excitation pour se réveiller sans effort et sans aucun malaise après une minute environ de sommeil complet.

Le Dr Rolland doit, dans une communication ultérieure, faire connaître les expériences physiologiques nécessaires à l'emploi de tout anesthésique général, et les proportions exactes du mélange ; mais on peut dès à présent constater que ce mélange anesthésique est appelé à rendre à la profession des services analogues à ceux que rendent journellement le protoxyde d'azote, le bromure d'éthyle et le chlorure d'éthyle.

Après cette communication et ces démonstrations pratiques, M. Seigle, de Bordeaux, a exposé une méthode de redressement qu'il présentait, non comme une méthode personnelle, mais comme lui paraissant, parmi celles qu'on emploie couramment, la plus apte à être bien comprise et facilement appliquée par les élèves. L'appareil qu'il a recommandé présente de grandes analogies avec l'appareil Gaillard.

M. Seigle a parlé ensuite de l'enseignement théorique et pratique de la prothèse et exposé à ce sujet les idées que lui a suggérées l'enseignement de la prothèse à l'Ecole dentaire de Bordeaux.

L'après-midi du mardi *a été consacrée à une longue séance de la Fédération dentaire nationale.*

Des discussions intéressantes ont eu lieu sur l'enseignement dentaire en France, et les représentants des écoles qui se trouvaient au Congrès se sont mis d'accord pour suivre le groupement de l'École dentaire de Paris dans la décision qu'il a prise en juillet 1901 de demander quatre années de scolarité aux étudiants. La même décision avait été prise dans les premiers jours du mois d'août par l'Association nationale des Ecoles

dentaires des États-Unis d'Amérique. Ainsi donc, à partir de cette année, les jeunes gens qui se destinent à la profession de chirurgien-dentiste auront à faire quatre années d'études, aux États-Unis et en France. Cette mesure sera fort probablement adoptée bientôt par tous les pays d'Europe. On voit toutes les conséquences qui en découlent pour la profession en général.

D'autres décisions importantes ont également été prises, dont on trouvera le compte rendu d'autre part.

La soirée du mardi a été récréée par un banquet qui a réuni tous les membres de la section à l'Hôtel Continental, et les convives se sont séparés tardivement, après un concert organisé par quelques-uns d'entre eux.

C'était le dîner de « la Molaire », qui a lieu mensuellement à Paris, et qui se trouvait, cette fois, singulièrement éloigné de son endroit habituel.

Il y a lieu de faire remarquer que la Fédération des pharmaciens de France se réunissait en même temps et que la session s'est également terminée par un banquet.

La séance du mercredi matin 11 septembre *a été également très remplie. Au début, M. de Trey, de Londres, a fait une série de présentations, en son nom et au nom de M. Ott, gérant de la Société française de fournitures dentaires.*

Ces présentations ont porté sur :

1° L'aurification avec l'or Solila ;

2° Les nouvelles dents avec crampons en platinoïd ;

3° Un nouvel appareil pour l'estampage des plaques en métal ;

4° Un nouveau pivot, de Williams, qui est un perfectionnement du pivot de Richmond.

Puis M. Delair a fait une communication très appréciée, avec présentation de modèles et d'appareils au sujet des obturateurs du voile du palais.

On a beaucoup remarqué la simplicité de construction de son appareil et par conséquent sa facilité d'exécution. La portion destinée à remplacer la perte de substance n'est pas placée d'emblée de la grandeur qu'elle doit avoir ; elle a d'abord une dimension petite, puis moyenne et ce n'est qu'en troisième lieu, suivant l'accoutumance du sujet, que l'auteur place enfin l'organe définitif, destiné à obturer complètement l'isthme naso-pharyngien. Cette portion est reliée à la plaque palatine par un système très simple et facilement changeable par le malade, au moyen d'un anneau de caoutchouc à redressement, et sur ses bords se trouve une bordure périphérique à concavité regardant en haut, pour assurer la fermeture hermétique et l'accolement parfait contre les bords de la division. Cette remarquable communication a l'avantage de simplifier beaucoup la restauration du voile du palais, et sera très appréciée par les élèves de l'Ecole dentaire de Paris, où M. Delair est chef de Clinique de prothèse.

Enfin, M. Touvet-Fanton nous a fait part de ses appareils à pont, rendus mobiles par son système de pivots à rotule, et a fait ressortir le côté hygiénique et physiologique de ces appareils. Il a également parlé d'un nouveau mode de rétention pour les appareils qui paraît destiné à être d'une bonne application courante.

M. Godon a donné ensuite lecture d'une intéressante communication de M. Amoëdo sur les dents du Pithécanthropus erectus de Java, travail sur l'anthropologie qui rentrait parfaitement dans le cadre des travaux de l'Association.

La séance s'est terminée par l'élection du président de la Section d'Odontologie pour l'organisation du Congrès de 1902, et nous avons eu l'honneur d'être désigné.

Le vendredi 13 septembre, *avait lieu une dernière*

séance, dont on trouvera le détail dans les comptes rendus, et qui comportait une communication de notre confrère G. Cunningham sur les dents des Corses, et des communications de MM. Amoëdo et Ducournau.

A côté de la salle des séances, MM. de Trey, de Londres, et Ott, de Paris, avaient établi une exposition très intéressante comprenant plus spécialement les nouveautés les plus courantes utilisées dans notre profession.

Voilà pour la partie scientifique. Nous allons maintenant dire un mot des excursions en général et de leur organisation, par les soins du bureau de l'Association et de l'Agence des voyages pratiques.

*
* *

La plupart des congressistes venus en Corse ont été vivement frappés par l'aspect de ce pays qui n'est composé que de montagnes, tantôt verdoyantes et couvertes de châtaigniers, qui forment une des rares richesses du pays, tantôt arides et désolées, tantôt enfin présentant au milieu de coteaux boisés des surfaces considérables dénudées et noircies, dues aux incendies que les paysans allument pour défricher le terrain et qui parfois dépassent le but et détruisent des forêts entières.

La grande île sauvage et pittoresque se prêtait parfaitement aux diverses excursions organisées par l'Association, et celles-ci ont obtenu le plus grand succès. Le spectacle changeait à chaque instant et offrait la plus grande variété. Ici des haies d'aloès et de lauriers roses qui poussent en pleins champs, des cactus, des plantes grasses diverses, des figuiers de Barbarie, des palmiers, puis plus haut, des chênes lièges, des oliviers, des châtaigniers, des myrtes, des arbousiers et partout l'odeur aromatique intense des eucalyptus.

Sur toutes les routes, au milieu des montagnes, on rencontrait des congressistes emportés au trot des célèbres chevaux corses, aussi sobres que résistants.

Çà et là, des paysans ou des paysannes corses sur leur mulet, sans bride, marchant d'un pied sûr au bord des précipices, sur les routes à pic et sans barrières, et çà et là également des monuments funéraires, tantôt riches et tantôt très simples, disséminés au milieu des champs. Si la montagne s'abaisse au voisinage de la mer, on trouve alors quelques rares plaines marécageuses qui engendrent la malaria si redoutée.

La montagne, plus aride, mais plus saine, est remplie de richesses inexploitées; on y trouve chemin faisant des mines d'antimoine et du marbre de diverses couleurs.

L'hospitalité des Corses à laquelle on est obligé d'avoir recours, au milieu des excursions, mériterait d'être aussi légendaire que l'hospitalité écossaise. Le Corse, très fier, n'accepte aucune rémunération pour les services qu'il rend; il reçoit les étrangers sans ostentation, sans affabilité outrée, avec la plus grande simplicité. On reconnaît en vivant quelques jours dans ce pays toutes les qualités de cette race solide et guerrière qui fournit à la France tant d'officiers, de soldats, et surtout de sous-officiers modèles. Ils sont honnêtes, sérieux et sobres; ils sont résistants, disciplinés et ont le sentiment de l'autorité. Ils ont tous une adoration pour leur pays et le désir de revenir à leur village, qui n'est souvent qu'un nid rustique au milieu de la montagne et où tout est rare, surtout l'argent, à tel point qu'il est impossible de changer la moindre monnaie.

Mais ils comprennent bien qu'il leur est nécessaire de s'expatrier pour acquérir le petit pécule, si mince soit-il, qui leur est nécessaire, et, arrivés à l'âge d'homme, ils partent pour le continent, jusqu'à ce qu'ils puissent revenir vivre dans leur île avec leur

modeste pension. L'un d'eux, que nous rencontrâmes à Corte, et qui se mit aimablement à notre disposition pour nous faire visiter la ville, avait trente-cinq ans environ, et déjà, il était revenu dans son île, pour vivre de ses rentes qui se montaient à 800 francs, plus un petit terrain dans lequel il faisait pousser quelques rares légumes et ce qu'il appelait son tabac, sorte de plante aromatique spéciale que les Corses font sécher et qui ne peut être employée que pour la pipe. Et comme nous lui faisions observer combien modeste était son ambition et combien nous préférerions travailler encore à cet âge, plutôt que de mener cette existence restreinte, il nous dit : « Que voulez-vous? Chacun conçoit le bonheur suivant ses goûts et ses besoins. Nous sommes sobres et par conséquent nous avons besoin de très peu pour notre existence matérielle. Quant à notre existence morale, nous préférons le calme de nos montagnes et de notre île à la vie enfiévrée de vos villes. La pêche, la chasse, la promenade, la rêverie, nous ne voulons rien de plus. » Nous nous quittâmes sur ces mots, lui persuadé que nous étions des fous, et nous convaincus que cette pseudo-philosophie cachait plus ou moins un fonds d'indolence et d'oisiveté. Du reste, on est frappé de rencontrer partout des champs incultes, qui seraient certainement cultivés s'ils se trouvaient sur le continent, comme nous l'avons constaté en Provence et dans le nord de l'Italie, où l'on construit des murs de soutènement considérables pour faire des sortes de jardins suspendus où poussent parfaitement le maïs et les oliviers. Si le Corse n'aime pas travailler la terre et préfère s'occuper de la politique, dont il cause volontiers, la femme corse, d'autre part, travaille aux ouvrages les plus durs et les plus pénibles, et quand on rencontre un ménage sur la route, on voit le plus fréquemment l'homme à cheval et la femme à pied, celle-ci souvent chargée.

Les excursions organisées dans l'île ont été suivies avec intérêt par de nombreux congressistes, avant, pendant et après la session.

Avant la semaine de travail, plusieurs groupes auaient déjà visité une partie de la Corse en passant par l'Ile Rousse, Calvi, Evisa, et en traversant le fameux défilé des Calanches.

Après le Congrès, un groupe considérable se réunit pour faire une intéressante excursion à Bonifacio, en voitures, en passant par Propriano et Sartène, et en revenant en bateau de Bonifacio à Ajaccio.

Le jeudi 12 août, *avait lieu la grande excursion du Congrès, qui compta le plus grand nombre de membres. Partis d'Ajaccio le matin à 6 h. 1/4 par train spécial, les congressistes arrivèrent bientôt à Vizzavona, l'un des points les plus fréquentés par la haute société de l'île et par de nombreux étrangers, qui fuient le climat brûlant des bords de la mer pour trouver, deux heures après, au milieu des montagnes, la fraîcheur et l'ombrage des forêts de châtaigniers.*

Après un déjeuner au sommet de la montagne, les congressistes redescendirent pour reprendre leur train qui les conduisit à Corte, où avait lieu le dîner, et de là retournèrent à Ajaccio. C'était un spectacle très curieux de voir les membres des diverses sections fraterniser entre eux, et un grand nombre de dames membres de l'Association qui faisaient partie de l'excursion donnaient à la caravane l'aspect d'une immense famille en fête à la promenade.

Plusieurs congressistes, dont nous-même, abandonnèrent l'excursion à Corte pour se diriger sur Bastia. Nous eûmes la bonne fortune, dans ce parcours, de trouver dans le train plusieurs Corses distingués qui se mirent aimablement à notre disposition et se laissèrent interviewer de bonne grâce. Ils nous racontèrent combien le souvenir de l'empereur est encore vivace dans le pays tout entier, où il existe encore un

journal intitulé l'Aigle, *qui ne traite que des questions de l'Empire; ils nous dirent combien les prix élevés du transport des passagers et des marchandises entre la Corse et le continent entravent le développement du commerce et de l'industrie dans l'île et enfin combien le pays est rongé par la politique, qui amène entre les diverses villes des dissensions constantes.*

Ils nous racontèrent également que les brigands corses n'étaient pas une fiction de Mérimée, mais une réalité.

Il y a quelques années, à peine, un bataillon tout entier fut arrêté par les brigands qui voulaient offrir à boire aux soldats, et les officiers durent s'exécuter, car les cartouches étaient rangées précieusement dans les voitures et les hommes n'en avaient pas.

A Bonifacio, un enfant de cinq ans est élevé dans l'idée de venger la mort de son père, et tous les soirs, on lui fait terminer sa prière en lui faisant jurer, quand il sera grand, de tuer le meurtrier.

Quelques jours avant le Congrès, une femme fut tuée avec son enfant à deux heures de l'après-midi, dans un faubourg de Sartène, au moment où elle descendait de voiture. Le bandit voyant que l'enfant remuait encore, s'approcha pour l'achever et disparut ensuite dans le maquis.

Et quand les brigands sont pris, les peines sont les plus minimes, car les membres du jury comprennent et excusent le crime et s'exposeraient en condamnant trop fortement aux dures représailles des membres de la famille des bandits. Exemple de conception bizarre de la justice, que de punir le vol avec la plus grande sévérité et, d'autre part, d'excuser le meurtre des femmes et des enfants!

Comme on le voit par ces quelques notes, la Corse est un pays absolument spécial. Ce n'est pas la France, ni l'Italie, ce n'est ni l'Algérie, ni l'Orient, c'est la Corse, avec sa note particulière, sauvage et pittoresque.

Nous pensons qu'on nous excusera d'avoir jeté sur le papier ces quelques notes et d'avoir même raconté des histoires de brigands. Nous n'avons ni la prétention ni l'intention d'inventer ou de découvrir la Corse, mais seulement de donner une idée du Congrès d'Ajaccio, et comme le théâtre où se jouait la pièce avait un cachet spécial, et que les excursions du Congrès ont été pour beaucoup dans son succès, nous pensons qu'il n'était pas inutile de parler du cadre de ces excursions et de nous efforcer de faire passer nos confrères qui n'ont pu se joindre à nous, par les impressions qui nous ont le plus frappé.

Nous avons également voulu montrer à nos confrères que l'organisation du Congrès laissait cependant le temps de profiter du voyage pour examiner le pays, tout au moins superficiellement. Nous avons voulu aussi leur montrer tout le bénéfice qu'a recueilli la Section d'Odontologie de l'Association française pour l'Avancement des sciences, qui s'occupe de la partie matérielle, facilite le voyage avec une réduction de 50 0/0, organise des excursions variées et économiques auxquelles peuvent participer les familles et enfin assure un patronage de haute science qui la fait accueillir à bras ouverts par les municipalités. Nous nous estimerons heureux si ce simple compte rendu peut décider quelques lecteurs à faire partie de l'AFAS et à venir l'année prochaine à Montauban, où aura lieu la session de 1902 de l'Association française pour l'Avancement des sciences. Nous ferons tous nos efforts pour l'organisation de la section, au point de vue des communications et des démonstrations pratiques et nous tâcherons également d'apporter nos soins à l'organisation des excursions dans les célèbres gorges du Tarn et dans nos belles montagnes des Pyrénées. Donc, en août 1902, à Montauban.

Dr SAUVEZ.

Dimanche 8 septembre.

Séance préparatoire à 10 h. du matin (Collège).

Présidence de M. Ch. Godon.

Il est décidé que le bureau de la section sera nommé à la séance du lundi matin. M. Papot est désigné pour remplir les fonctions de secrétaire provisoire.

Une discussion s'engage sur l'ordre du jour de la prochaine séance qui est ainsi fixé :

MM. Choquet. — De l'arrêt de la carie dentaire.
Mendel-Joseph. — Des conditions de la sensibilité de la dent.
Amoëdo. — Les dents du pithécanthropus erectus de Java.
Les épulis, leur traitement par le chirurgien-dentiste.
Sinusites maxillaires, leur traitement.

E, P.

Séance d'ouverture à 4 h. (Théâtre).

Présidence de M. le Dr Hamy.

Membre de l'Institut,
Professeur au Museum d'histoire naturelle de Paris.

Le président déclare la séance ouverte et donne la parole à M. le Maire d'Ajaccio. Celui-ci souhaite la bienvenue à tous les congressistes et adresse les remerciements de la municipalité à l'Association française pour l'avancement des sciences, pour avoir choisi la Ville d'Ajaccio pour la tenue de ce Congrès ; il termine en disant qu'il s'incline devant les hommes de science venus de tous les points de la France et même de l'étranger.

Le Secrétaire général de la préfecture lui succède. Au nom du département et du gouvernement, il nous dit tout le bien qu'il pense de la Corse, « cette autre France du milieu de la Méditerranée », dont le climat et la configuration du sol constituent une région unique, ce qui fait dire à tous ceux qui la visitent : « Je reviendrai. »

Il présente ensuite les regrets du Préfet, retenu sur le continent par des devoirs de famille bien impérieux puisqu'ils le privent de l'honneur de nous souhaiter la bienvenue dans son département.

M. le professeur Hamy, président, adresse les compliments d'usage au Maire et à la population ajaccienne pour le bon accueil réservé aux congressistes, puis il remercie le Conseil municipal de Paris, dont la subvention permet à l'Association de tenir ses assises dans ce beau pays où l'on porte si haut le sentiment de la « Patrie

unie à la Science »; il fait ensuite une très intéressante conférence sur l'histoire des progrès de l'anthropologie en France.

M. le Secrétaire présente le rapport annuel ; il fait la comparaison tout indiquée des rives brumeuses de la Seine près desquelles se tenait la Session de 1900, et des rives ensoleillées de la Corse où nous sommes réunis pour la Session de 1901. Il félicite M. le professeur Gariel de sa promotion récente au grade de commandeur de la légion d'honneur, ainsi que M. le Dr Cartaz, qui tous deux sont les chevilles ouvrières de l'AFAS ; il rend hommage aux bons ouvriers de l'Association en félicitant ensuite ceux d'entre eux qui ont obtenu des récompenses du gouvernement et en exprimant enfin des regrets pour ceux décédés dans le cours de cette année.

M. le Trésorier présente la situation financière, qui est très florissante et la séance est levée.

*
* *

Le même soir à 9 heures, les Salons de la Mairie, qui constituent un véritable musée napoléonien, étaient ouverts aux congressistes, auxquels des rafraîchissements étaient offerts par la municipalité.

Pendant cette réception, la musique municipale nous gratifiait d'un brillant concert sous les beaux palmiers qui entourent l'hôtel de ville.

E. P.

Lundi 9 septembre.

Séance de section à 9 heures du matin.

Présidence de M. Ch. Godon,
Directeur de l'Ecole Dentaire de Paris.

M. le président ouvre la séance par la communication suivante :

LA NOUVELLE SECTION D'ODONTOLOGIE

A L'ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Par M. Ch. Godon.

En ouvrant aujourd'hui la première séance de la Section d'Odontologie de l'Association française pour l'avancement des sciences, nous éprouvons un sentiment de gratitude envers les administrateurs de cette grande Association et particulièrement à l'égard du secrétaire, M. le professeur Gariel, pour l'honneur qu'ils nous ont fait en accueillant favorablement notre demande de création de cette section.

Nous devons également remercier tous ceux qui, en

France ou à l'étranger, ont appuyé cette demande, tous ceux qui ont adhéré à cette première session et sont venus prendre part à nos travaux.

Il faut voir dans la création de cette section, en considérant les circonstances à la suite desquelles elle s'est produite une véritable consécration des résultats obtenus depuis vingt-cinq ans par les dentistes dans le développement de leur science, consécration dont nous sentons tout l'honneur et tout le prix.

Il faut y voir aussi, non pas une orientation nouvelle, mais plutôt la conséquence logique de l'évolution scientifique de l'Odontologie dans la voie d'autonomie qu'elle poursuit, autonomie en rapport avec ses besoins, le degré de son extension et la situation spéciale qu'elle occupe au milieu des sciences appliquées en général et des sciences médicales en particulier au début du vingtième siècle.

Le magnifique succès obtenu par nos Congrès nationaux et principalement par le 3e Congrès dentaire international de 1900 a démontré péremptoirement que nous étions d'accord avec la grande majorité des dentistes de tous les pays dans l'œuvre d'organisation et d'orientation professionnelles que nous avons entreprise. Cette démonstration vient d'être confirmée à nouveau par les réunions de Londres et de Cambridge de la Fédération Dentaire Internationale.

Mais, ces diverses assemblées, quelque nombreuses et quelque libérales qu'elles soient, affectent un caractère strictement professionnel, dans lequel nous aurions tort de vouloir nous renfermer exclusivement.

Après avoir enfin constitué cette grande union dentaire nationale et internationale, plus complète même qu'on ne pouvait l'espérer, il s'agit maintenant d'aller conquérir pour notre science, dans les diverses manifestations de la vie sociale, la place qui lui est légitimement due, afin de rendre au public le maximum de services que nous permettent les progrès de la dentisterie moderne.

L'Association Française pour l'Avancement des Sciences est parmi ces manifestations une des plus belles, une des

plus élevées. Les savants les plus éminents, dans toutes les branches des connaissances humaines, se réunissent chaque année avec tous ceux qui s'intéressent au progrès d'une science particulière ou des sciences en général sans distinction de titres, de grades ou de parchemins, pour apporter chacun dans leur section respective le résultat de leurs travaux, de leurs recherches et de leurs découvertes ; ils forment ainsi, par leur groupement, l'encyclopédie vivante des connaissances humaines nouvelles qu'ils répandent dans la vie publique en applications multiples, pour concourir au bien de nos semblables.

Nous avons pensé, et vous avez partagé cette manière de voir, qu'au milieu de ces sciences spéciales, que parmi ces savants, il y avait place maintenant pour l'odontologie et pour les odontologistes.

Nous avons pensé également que dans ce cadre nouveau, nous arriverions à mieux dégager et à mieux grouper l'élite scientifique de notre profession, nécessaire à notre nouvelle cité odontologique, car, comme le dit le professeur Izoulet, l'auteur distingué de la *Cité moderne* : « L'élite est nécessaire dans toute cité nouvelle, aussi nécessaire à un organisme social que le cerveau à un organisme animal ; la fleur et le fruit de la pensée ne s'épanouissent que dans une élite et c'est là surtout qu'il les faut aller chercher. »

Dois-je ajouter qu'il y avait aussi un autre motif d'un ordre un peu moins élevé, quoique très pressant celui-là, qui justifiait la création de notre section ?

Il devenait difficile pour le moment de continuer d'une manière régulière en dehors des grandes villes la réunion en France de nos Congrès nationaux, créés peut-être un peu prématurément par Paul Dubois, et dont pourtant nous avons apprécié l'utilité pour le développement de notre vie corporative.

L'AFAS nous offre, à ce point de vue, tous les avantages matériels d'une grande organisation fonctionnant avec méthode et succès depuis trente ans.

Nous devons donc nous féliciter, qu'en nous faisant une

place dans son sein, l'AFAS ait assuré la continuité de nos réunions annuelles dans les diverses parties de la France.

Comme vous le voyez, deux pensées principales ont inspiré cette création : l'une d'ordre scientifique, l'autre d'ordre matériel. Dans ces conditions quel doit être le programme des travaux de la section ?

Un de nos confrères, M. le Dr Mahé, dans une lettre publiée par *L'Odontologie*[1], a exprimé très nettement sa manière de voir, ses craintes et ses espérances à ce sujet. Elles peuvent se résumer ainsi :

Il ne faut pas que la Section d'Odontologie de l'AFAS continue et remplace les Congrès dentaires. Elle ne doit pas être comme eux une réunion professionnelle où l'on traitera de questions intéressant purement notre « métier », mais une réunion scientifique où l'on s'en tiendra aux « sources, aux principes, à la théorie, aux côtés scientifiques réels » par lesquels l'odontologie se rattache à la science générale, à la physique, à la chimie, à la mécanique, à la biologie. Quant aux déductions pratiques, on les tirera et on les exposera ailleurs dans nos réunions purement professionnelles. Il conclut ainsi : pas d'applications, pas de procédés, pas de résultats, pas d'observations, pas de présentations, pas de démonstrations.

Il est évident qu'en théorie nous sommes de l'avis de notre honorable confrère. Aussi avons-nous d'abord écarté du programme de nos travaux toutes les questions d'un intérêt purement corporatif pour en laisser l'examen à la Fédération dentaire nationale, que nous avons pour ce motif convoquée en même temps que le Congrès de l'AFAS ; puis nous avons placé en tête de l'ordre du jour les communications scientifiques portant sur l'anatomie, l'histologie, la physiologie, la pathologie, la bactériologie, la thérapeutique, etc., suivant en cela ce qui a été fait dans nos divers congrès.

Nous n'avons pas cru devoir écarter de l'ordre du jour les questions d'enseignement dentaire, car elles nous ont paru

---

1. Voir *L'Odontologie*, p. 519.

offrir plus d'intérêt dans notre section que dans la section d'enseignement de l'AFAS. Quant à l'hygiène dentaire publique, il me semble qu'elle est à sa place ici et qu'on ne saurait trop lui donner d'importance et d'attention. Il reste les présentations et les démonstrations de procédés ou d'instruments intéressant les dentistes. Sur ce point nous ne partageons pas, pour le moment du moins, les idées un peu trop radicales de notre confrère Mahé. Quand les Congrès dentaires nationaux auront repris une périodicité que nous souhaitons au moins triennale le programme de la Section d'Odontologie pourra être purement scientifique ; mais en attendant, on ne saurait se priver d'un élément susceptible d'attirer nos confrères en nombre suffisant pour faire vivre la section, ce qui est tout d'abord le point important. Du reste s'il y avait inconvénient à ce que les présentations et les démonstrations figurassent directement dans la section, il serait possible de les rattacher avec les questions corporatives, à la réunion de la Fédération dentaire nationale ce qui donnerait ainsi satisfaction à tout le monde.

Avant de terminer, laissez-moi vous dire un mot de l'administration de notre section. Le Conseil de l'AFAS m'a désigné cette année pour organiser et présider cette section par suite de l'initiative que j'avais prise de sa création [1], mais il est entendu, que tout à fait les maîtres dans votre section, vous désignerez vous-mêmes, pour les années suivantes le président et les membres du bureau. Le Bureau de la Fédération dentaire nationale, en adhérant à cette création a désigné comme membres du bureau pour m'être adjoints à titre consultatif pour cette année en qualité de vice-présidents, MM. Viau et Siffre, comme secrétaire, M. Sauvez et M. Stévenin, comme secrétaire-adjoint. Je pense que vous voudrez bien en reconnaissance du concours dévoué qu'ils m'ont apporté dans l'organisation de la section les confirmer dans ces fonctions pour cette session, au moins ceux qui sont présents.

Quels seront maintenant les résultats de cette création ?

---

1. Voir Bulletin de l'AFAS de novembre 1900 et *L'Odontologie* du 30 novembre 1900, p. 523 et 15 mars 1901, p. 235.

Nous nous trouvons un peu en présence d'un enfant qui vient de naître ; nous avons tout fait pour écarter de son berceau les nombreux accidents qui menacent le jeune âge et nous avons lieu d'espérer qu'il se développera en force et en savoir pour réaliser les espérances que sa naissance a pu faire concevoir.

Dans tous les cas je dirai avec le rédacteur du *Dental Cosmos*, dont nous avons cité l'intéressant article[1], que cette création nous vaut déjà un premier résultat : la reconnaissance officielle de l'odontologie comme branche distincte de la biologie, ayant comme champ d'action l'étude et la recherche de tout ce qui se rattache aux dents, à la fois chez l'homme et chez les êtres organisés d'un ordre inférieur, et aussi celle de la dentisterie comme science spéciale, dans la conception la plus large et la plus élevée.

Cette création est un pas de plus dans la voie de l'autonomie que nous réclamons et elle constitue ainsi comme la formule de nos aspirations et de nos revendications au sujet de la place que nous souhaitons de voir réserver maintenant à notre science dans toutes les manifestations officielles, publiques ou privées de la vie sociale où elle peut utilement intervenir. Nous voulons dire par là que nous souhaitons de voir créer, comme l'a fait si libéralement l'Association française pour l'avancement des sciences, dans l'enseignement, dans l'hygiène, dans l'assistance *des sections spéciales d'odontologie*. Nous le souhaitons autant pour ramener la paix dans notre profession, que pour faciliter les progrès et l'évolution de la science odontologique (*Applaudissements.*)

Après cette allocution il est procédé à la constitution du bureau qui est ainsi formé :

Président.	M. Ch. Godon (Paris).
Vice-président.	M. Viau (Paris).
—	M. Delair (Nevers).
Secrétaire général.	M. Sauvez (Paris).
— *adjoint.*	M. Vichot (Lyon).

M. Choquet a la parole pour la communication suivante :

---

1. Voir *L'Odontologie* du 30 juin 1901, p. 612 et la *Dental Review*, de mai 1901.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ARRÊT DE LA CARIE DENTAIRE

Par J. Choquet,
Professeur à l'École dentaire de Paris.

J'ai démontré dans des travaux antérieurs[1] la véracité de la théorie émise par Galippe au sujet de la continuation de la carie dentaire sous des obturations faites avec tout le soin désirable, et cela au bout d'un temps plus ou moins long, suivant l'état général du sujet et le coefficient de résistance de la dent. J'ai réussi à reproduire sur les dents d'un animal vivant, le mouton, les altérations pathologiques inhérentes à cette affection, en creusant dans celles-ci des cavités artificielles, que j'ensemence chacune avec un microbe différent, provenant d'une carie ayant continué sous des obturations bien faites. Le tout était recouvert d'une obturation en tous points semblable à celles que nous faisons dans notre clientèle. Il va de soi qu'une asepsie rigoureuse a été observée pour ces expériences. La question qui est étudiée aujourd'hui est la suivante : réussir à enrayer la prolifération lente des micro-organismes disséminés dans la profondeur des canalicules dentinaires. En un mot, le but que nous visons, c'est l'arrêt définitif de la carie dentaire.

Si jusqu'ici les diverses tentatives faites pour obtenir la stérilisation de la dentine, et conséquemment l'arrêt de la carie, n'ont donné que des résultats négatifs, cela tient à ce que les méthodes employées ne l'étaient que d'une façon empirique. On ne tenait pas compte des règles inhérentes à la bonne préparation de pièces histologiques. Ce sont ces règles que nous avons mises en pratique depuis plus de cinq ans dans notre clientèle et qui nous ont donné des résultats parfaits.

Voici la marche à suivre : 1° nettoyage mécanique de la cavité à obturer, au moyen de la fraise ; 2° déshydratation, non pas au moyen de l'air très chaud, mais de l'air tiède,

---

1. *Académie des Sciences ; Société de Biologie*, 1900.

auquel on associe ensuite l'action énergique de l'alcool à des *titres successifs* et de plus en plus élevés jusqu'à l'alcool absolu ; 3° séchage à l'air chaud et remplacement de l'alcool par le mélange alcool, xylène, essence de géranium et hydronaphtol. Des dents traitées de cette façon, en prenant la précaution de laisser pendant 24 heures dans la cavité un pansement recouvert de gutta, destiné à empêcher la pénétration de la salive, n'ont donné aucun résultat comme développement microbien. Au contraire, des dents n'ayant pas subi la déshydratation par l'alcool à des degrés successifs et obturées pendant le même laps de temps que les précédentes avec le même pansement, ont toujours donné naissance à une culture polymicrobienne après ensemencement dans les différents milieux nutritifs employés en bactériologie. Dans le premier cas, si nous voulons nous assurer de la pénétration de l'hydronaphtol dans la couche de dentine qui recouvre la pulpe, nous n'avons qu'à déposer sur celle-ci une goutte de nitrate acide de mercure qui la colorera en jaune foncé, tandis que dans le second cas, alors qu'il n'y aura pas eu pénétration par suite d'une déshydratation défectueuse, le nitrate acide de mercure colorera la dentine en rose pâle.

Ce sont ces résultats qui ont été présentés en mon nom cette année, à la Société de Biologie, par M. Malassez, à qui nous ne saurions adresser trop de remerciements.

Depuis cette époque, on nous a fait quelques observations au sujet de notre manuel opératoire, et entre autres, on nous faisait remarquer que l'hydronaphtol, après avoir tué les microbes disséminés dans la dentine, devait, par absorption, tuer la pulpe. Nos assertions sont basées sur des observations et sur des expériences personnelles et précises, et nous répondrons à notre collègue à l'École dentaire de Paris, M. Albert Loup : 1° qu'il lui est matériellement impossible de déshydrater une portion de dentine au moyen de chloroforme, vu le peu de solubilité de celui-ci dans l'eau ; 2° qu'il est absolument irrationnel de confier à la nature seule le soin de réagir dans le cas qui nous occupe ;

3° que l'antisepsie n'est pas, comme il le dit, la création d'un milieu impropre à toute vitalité; 4° que dans la dent, après la mort ou la disparition de la pulpe, la portion vivante, n'est pas le cément, mais bien le ligament alvéolo-dentaire, sans lequel la dent ne tiendrait pas dans son alvéole; 5° que l'hydronaphtol employé comme nous l'indiquons, loin de tuer la pulpe, sert pour ainsi dire d'excitant à la couche odontoblastique de celle-ci ; 6° que les odontoblastes et non les fibrilles dentinaires, comme le dit mon collègue, viennent à sécréter de la dentine secondaire très appréciable après huit jours, dentine secondaire que nous ne pouvons mieux comparer qu'à la sclérose qui se produit dans l'organisme.

Nos conclusions sont les suivantes : nous pouvons affirmer aujourd'hui que la carie dentaire, phénomène pathologique, peut être arrêtée d'une façon complète sans nuire en quoi que ce soit à l'intégrité physiologique de la pulpe.

Discussion.

M. le Dr Sauvez. — J'ai suivi avec intérêt les expériences de M. Choquet, au courant desquelles il m'a mis depuis un certain temps. J'ai expérimenté sa méthode ; je l'emploie et je la fais employer fréquemment chez moi. Je trouve son idée excellente, ses expériences concluantes, et je suis heureux que la première session de la Section d'odontologie de l'Association française pour l'Avancement des sciences ait par une bonne fortune à son ordre du jour une communication d'ordre scientifique comme celle-ci.

Aussi, comme j'en pense beaucoup de bien au point de vue général, je puis la discuter très librement, en me faisant un peu l'écho des objections qui lui ont été opposées par nos confrères qui n'ont pu se rendre ici, MM. Mendel-Joseph, Loup et Mahé, en résumant ces objections pour permettre à notre ami Choquet d'y répondre. Je veux me placer, pour la discussion, au point de vue uniquement pratique, c'est-à-dire, en un mot, discuter quel avantage le praticien peut retirer aujourd'hui de la méthode Choquet dans le traitement des dents.

Pour cette discussion, je vais supposer que je me trouve en présence de caries de degrés différents et que j'emploie la méthode, et je vais considérer d'abord son emploi dans le traitement des caries du premier et du second degré.

M. Choquet fait remarquer que, dans notre pratique journalière, nous nous contentons de faire le curettage des cavités en enlevant les débris de dentine infectée et d'assurer la rétention; puis nous pratiquons notre obturation lorsque nous avons comme paroi une dentine blanche résistante sur laquelle notre instrument grince en produisant **le cri dentinaire.**

Avec cette simple manœuvre, nous dit M. Choquet, on n'obtient qu'une cavité dont les parois sont loin d'être aseptiques, et il démontre, preuves en mains, que si, au moment où le dentiste va pratiquer l'obturation, ou touche le fond de la cavité avec un fil de platine stérilisé, on peut ensemencer avec ce fil un bouillon de culture approprié. .

Donc, le dentiste pratique couramment son obturation sur une dentine qui n'est pas aseptique. M. Choquet prouve également, d'autre part, que si l'on emploie sa méthode, on obtient une cavité dont les parois sont rigoureusement aseptiques, et il cite plus de 800 obturations pratiquées ainsi avec succès.

Tout cela est vrai, je le reconnais parfaitement; mais je réponds à M. Choquet que, dans la pratique courante, le curetage normal suffit; le nombre de 800 obturations faites depuis deux ans avec succès ne m'arrête pas, parce que je sais que, dans le monde entier, on en fait **journellement**, depuis cinquante ans seulement, par exemple, un nombre beaucoup plus considérable, et que dans la clientèle nous voyons couramment des dents atteintes de caries des premier et second degré obturées il y a dix ans, vingt ans, et parfois trente ans, qui n'ont pas bougé et leur pulpe est encore vivante. Donc, dans la pratique il ne me paraît pas nécessaire d'avoir recours à cette méthode, et, dans l'état actuel de nos connaissances, nous pouvons affirmer la guérison radicale, complète d'une carie du premier et du deuxième degré quand cette carie a été curettée comme nous le faisons tous normalement et quand l'obturation a été bien pratiquée.

Mais il serait ridicule et antiscientifique d'écarter d'emblée une méthode qui donne une garantie d'asepsie, sous le prétexte qu'on peut réussir sans elle, et je me rallierais très bien à l'emploi courant de la méthode pour les caries du premier et deuxième degré, quoique cet emploi doive augmenter la durée de l'opération, si je savais qu'en l'employant j'ai non seulement une certitude d'asepsie de plus, mais que je n'ai, d'autre part, aucune crainte à avoir.

Or, ne doit-on avoir aucune crainte ? Les substances employées ne risquent-elles pas d'agir sur la pulpe qui meurt pour le moindre traumatisme et parfois sans cause appréciable ?

Si par malheur, cette mortification survenait, la coloration de la dent changerait et, dans le cas de nouvelle carie ou de récidive, il arriverait que les micro-organismes, au lieu de trouver une dent vi-

vante apte à réagir et à former de la dentine secondaire, ne rencontreraient plus que des canalicules vides, qui seraient pour eux des chemins tout préparés pour aller s'installer dans les canaux.

Je sais bien que M. Choquet pense pouvoir garantir la persistance de la vitalité de la pulpe et amener également cette sécrétion de dentine secondaire en assurant en plus l'asepsie de la cavité. Il nous le démontre même sur des dents de chien.

Mais on peut toutefois se demander si l'application de cette méthode n'est peut-être pas plus dangereuse pour l'avenir et la défense de la dent, étant donné la mortification possible de la pulpe, que la simple antisepsie mécanique que nous savons scientifiquement incomplète, mais pratiquement suffisante, et qui a derrière elle des années multiples et des millions de succès.

L'exemple de la persistance de la vitalité de la pulpe dans la dent de chien ne me suffit pas, car cet organe est peut-être plus résistant chez cet animal.

Donc, pour ces deux degrés de carie, je conclus aujourd'hui en disant :

Avec le procédé courant j'ai la certitude presque mathématique du succès ; avec le nouveau il est possible qu'il arrive un accident. La nouvelle méthode ne me paraît donc pas nécessaire.

Dans la carie du 3e degré l'emploi de la méthode ne me paraît pas non plus nécessaire, puisque le résultat clinique du traitement classique est presque absolu.

Mais pour le 4e, c'est autre chose. Là, nous avons beaucoup de chances d'obtenir un bon résultat, par la méthode classique ; mais je pense qu'aucun opérateur ne peut affirmer la certitude de la guérison. Il y a les plus grandes probabilités ; il n'y a pas certitude.

Nous sommes certains, quand le traitement est bien fait, ce qui n'est pas toujours facile ni possible, étant donné les anomalies que l'on rencontre dans la pratique, nous sommes certains, dis-je, ou à peu près, de l'antisepsie du canal ou des canaux radiculaires, mais non de l'antisepsie des canalicules dentinaires.

Or, M. Choquet nous démontre, ce qui, à ma connaissance, n'avait jamais été fait avant lui, que le tissu dentinaire en entier est imbibé de son mélange antiseptique et même le cément, puisque cet organe présente les réactions chimiques montrant sa pénétration intime par les agents antiseptiques.

Dans ce cas donc, il n'y a pas à hésiter à employer le traitement ; la seule raison qui pourrait faire hésiter serait la crainte de léser la vitalité du ligament alvéolo-dentaire, qui est la seule partie vivante de la dent ; mais la clinique montre qu'il n'y a pas à s'en préoccuper.

Donc, pour résumer je dirai : la nouvelle méthode est inutile pour

les caries du 1er, du 2e et du 3e degré ; elle est tout indiquée dans le traitement des caries du 4e degré.

M. le Dr Rolland. — Je viens de voir traiter cette question à un double point de vue théorique et pratique. Théoriquement, il y a un avantage scientifique, et l'esprit est satisfait. En faisant passer les éléments antiseptiques dans les canaux dentinaires, l'auteur a fait une désinfection totale, et a de ce fait réalisé sur les traitements précédents un avantage sérieux puisqu'il donne une certitude, au lieu d'une sécurité relative. Laissons de côté les objections pour arriver à la question du danger indiqué par M. le Dr Sauvez. Toucher le mal là où il réside, n'est pas empêcher la pulpe de continuer ses fonctions. Les phagocytes vont venir lutter, et c'est aller trop loin que d'objecter que le danger réside dans l'incitation artificielle qu'il crée, car elle crée la cicatrice, elle l'excite, et arrête non la vie, mais la mort.

Sans doute ce procédé doit être pratiquement mis en expérience, mais il a l'avantage de satisfaire entièrement l'esprit.

M. Cunningham. — Vous n'avez, messieurs, envisagé que les échelons déterminés de la carie, mais la question est surtout intéressante en ce qui concerne l'échelon intermédiaire du 2e et du 3e degré. Déjà le sulfate de cuivre était employé avec succès dans ce cas, mais il colore la dentine; il est vrai que la coloration était une sécurité en donnant une certitude de la pénétration.

Miller a proposé des médicaments pour coiffer la pulpe sans la mortifier, et pour moi la méthode Choquet est la suite de ces études.

Le coiffage est le plus dangereux côté de notre pratique, et la méthode Choquet doit être utile dans ce cas. Mais il faut subordonner les résultats pratiques à ceux du laboratoire.

M. Seigle. — Pour ma part, je détruis d'ordinaire la pulpe dans le cas du 2e degré très proche du 3e, car je crains la pénétration des micro-organismes dans la pulpe, à cette phase. Nous pouvons toujours essayer la méthode Choquet, qui n'est du moins pas condamnable.

M. Kelsey. — Je ne partage l'avis ni de droite, ni de gauche. Jusqu'ici, sans connaître la sécurité absolue, les résultats étaient bons quand même. D'ailleurs la coloration de la dentine survenant après l'obturation est due à la substance obturatrice employée. Les micro-organismes enfermés doivent d'ailleurs mourir, car sans cela les accidents consécutifs se produiraient.

M. Choquet. — Je répondrai à M. Kelsey: c'est absolument inexact, car les agents actifs de la carie se divisent en deux classes opposées: les aérobies et les anaérobies, c'est-à-dire des individus vivant avec ou sans air. La coloration ne provient pas d'infiltration, car elle serait localisée à la périphérie, où elle réside dans la partie profonde et est bien due à la présence des micro-organismes; mais

ce qui est vrai, c'est qu'il s'est produit parmi eux une sélection, due à l'absence de la salive.

A M. Seigle, je dirai : ma méthode n'est pas du tout destinée à faire du coiffage et je ne partage pas son avis. Je me base sur la théorie de Galippe. Si l'on prépare de la façon ordinaire, une carie nettement atteinte du 2ᵉ degré, la dentine nous apparaît blanche, mais elle n'est pas saine pour cela, et elle est infestée de micro-organismes visibles avec un fort grossissement, les canalicules de la dentine sont élargis et de véritables masses microbiennes se rencontrent vers l'organe pulpaire. Pour peu que la dent manque de calcification, il y a de véritables lacunes et le résultat à la longue serait la contamination de la pulpe. Donc le nettoyage ordinaire est insuffisant, et si à la microscopie, on ajoute la bactériologie, on trouve des micro-organismes se développant dans les cultures de résidus de 2ᵉˢ degrés peu avancés.

A M. Cunningham, je dirai : je n'opère pas du tout comme Miller ; en 1887, ses expériences ont toujours porté sur la dentine ramollie, tandis que mon point de départ c'est que dans une obturation quelconque nous détruisons à coup sûr tous les germes morbides. En un mot j'opère sur la dentine qui paraît saine, donc il n'y a aucun rapport. Je l'ai déjà dit, je ne suis pas partisan du coiffage. Il est faux de dire que dans le deuxième degré avancé, il y a déjà des micro-organismes dans la pulpe. Il y avait en effet les symptômes cliniques se traduisant par une réaction de l'organisme sous la forme de pulpite ; cela est prouvé. Donc le point de vue à envisager est le suivant : affirmer définitivement que nous arrêtons la carie, mettre toutes les chances de non-récidive de notre côté.

A M. le Dʳ Sauvez, je dirai que la considération de la pulpe de l'homme par rapport à celle du chien peut très bien être faite, car elles présentent toutes deux la même histologie ; de plus nous avons affaire à un organe présentant la même forme, le même bulbe, et si le sujet est à maturité, la pulpe peut être identifiée à celle de l'homme.

Au point de vue physiologique, les résultats sont les mêmes. Au sujet du 4ᵉ degré je suis de son avis : les résultats sont merveilleux. Mais dans le coiffage les résultats sont mauvais.

On a parlé du sulfate de cuivre, il colore la dent, et c'est l'inconvénient ; or nous ne pouvons la stériliser qu'à ce prix.

Quant à la théorie de M. Loup, que nous devons laisser l'organe réagir seul, c'est absolument irrationnel, cela équivaudrait à abandonner une maladie quelconque à elle-même, au lieu de la soigner. Mes expériences sont assez concluantes pour permettre de démontrer que, loin d'être nuisible, ma méthode, en intervenant, aide l'organe à réagir. Quand M. Loup ajoute que l'antisepsie est la création d'un milieu impropre à toute vitalité, je ne sais sur quels documents il se

base, mais si Pasteur avait raisonné ainsi, nous en serions encore à l'existence de la pourriture d'hôpital. Donc, je préconise ma méthode dans le 2e degré qui paraît sain, mais ne l'est certainement pas. Mes expériences datent de plus de 6 ans, et les résultats en sont excellents.

M. Godon. — Je suis certainement l'interprète de tous en adressant mes remercîments à M. Choquet pour sa si intéressante communication. Elle a démontré, avec la discussion qui s'en est suivie, l'utilité de la Section d'odontologie dans l'AFAS. La carie dentaire est malheureusement trop répandue et son traitement est encore bien insuffisant. Nous avons assez pu le constater ici-même pendant ce voyage. Le traitement de la carie est donc d'utilité générale. A Londres nous rappelions, il y a un mois, les théories d'Herbert Spencer sur l'éducation : dans l'évolution, l'art précède la science, mais il ne peut plus progresser sans le concours de celle-ci M. Choquet nous en donne ici par sa communication une preuve nouvelle. De plus, si les praticiens habiles peuvent prétendre obtenir des résultats souvent satisfaisants avec les procédés d'obturation qu'ils emploient habituellement, il n'en est pas moins vrai que les statistiques prouvent que bien des cas, quoique habilement traités, n'ont duré que fort peu. L'antiseptie scientifique que nous propose M. Choquet est donc utile et nous apporte un procédé certain de contrôle qui nous faisait défaut. On a fait très heureusement à son auteur toutes les objections, on lui a reproché entre autres la possibilité de dépasser la mesure. Il nous répond : non, et sur ce point le dernier mot doit rester à l'expérience. C'est à nous praticiens à faire l'essai de la méthode nouvelle.

T. F.

Séance de section de l'après-midi.

Présidence de M. DELAIR, vice-président.

M. Papot, au nom de *M. Mendel-Joseph* empêché, donne lecture de la communication suivante :

DES CONDITIONS DE LA SENSIBILITÉ DE LA DENT

MODE D'INNERVATION DE LA PULPE DENTAIRE

ÉTUDE HISTORIQUE

Par M. MENDEL-JOSEPH,

Professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris.

Deux raisons distinctes, l'une d'ordre purement spéculatif, l'autre essentiellement pratique, m'incitent à en-

treprendre cette étude. La première réside dans le besoin d'une connaissance exacte des conditions qui régissent les phénomènes de la sensibilité de la dent en général ; la seconde est déterminée par le désir de contribuer à la recherche des moyens aptes à procurer l'analgésie de la substance fondamentale de la dent. Cette distinction d'intérêt que j'attache à l'étude des divers tissus dentaires est facile à comprendre. Il y a un intérêt scientifique général à connaître avec précision les conditions de l'innervation de toutes les parties constitutives de l'organe dentaire ; il y a, en plus, un intérêt pratique immédiat et considérable à connaître le mode de réaction sensitive de la dentine, ainsi que les relations de l'innervation pulpaire avec la substance de la dentine. La sensibilité de cette dernière intéresse en effet à un très haut point ; nous l'observons à tout instant et nous sommes souvent appelés à combattre ses manifestations morbides. Or il est malaisé, sans connaître la nature exacte d'un tissu, ses particularités structurales, d'y appliquer un remède obéissant à une indication précise ; et il n'est pas moins facile de poursuivre, dans les mêmes conditions, la recherche méthodique d'une matière médicamenteuse d'un effet thérapeutique déterminé. Et c'est justement le cas où nous nous trouvons en ce qui concerne la dentine, dont nous ignorons encore certaines conditions importantes de structure tout aussi bien que la physiologie.

Aussi, dans cette question de sensibilité de la dent, l'attention des auteurs a-t-elle été avec prédilection portée sur le mécanisme particulier de la sensibilité de la dentine. Le problème est en effet délicat, complexe, séduisant. Des questions diverses se pressent à ce sujet : les fibres dentinaires sont-elles toutes de la même nature ? N'y a-t-il point dans les canalicules d'autres fibrilles, de nature nerveuse, aptes à fournir l'explication de la sensibilité de ce tissu ? Par quel procédé, dans l'une des hypothèses admises, les impressions recueillies à la périphérie sont-elles transmises au centre de l'organe ? Enfin, quel est le mode de terminai-

son nerveuse de la pulpe et quelles sont les relations que ces terminaisons présentent avec la substance de la dentine?

Plusieurs auteurs firent des efforts pour élucider ces différents points. Quelques-uns y consacrèrent des études importantes, approfondies et parvinrent à projeter une vive lumière sur certains points litigieux. Mais le sujet ne saurait être considéré comme définitivement épuisé. De nouvelles recherches s'imposent pour éclairer plus complètement les faits insuffisamment mis en évidence et dissiper l'obscurité qui enveloppe certains autres dont l'intérêt attirait moins vivement l'attention des observateurs.

Nous venons donc d'entreprendre pour notre part une série de recherches dans l'espoir de pouvoir apporter quelque contribution intéressante ou utile. Mais nous ne voulons point limiter nos recherches à l'étude de l'innervation pulpaire. Nous nous efforcerons d'embrasser dans son ensemble la totalité des conditions qui concourent à la sensibilité de la dent. Estimant les données de l'histologie d'un secours puissant et primordial dans l'interprétation des phénomènes qui nous intéressent, nous insisterons tout d'abord et d'une façon toute spéciale sur les recherches histologiques de l'appareil de l'innervation intra et extra-dentaire.

Nous serons heureux de vous apporter plus tard les résultats de nos études. En attendant, il nous a paru intéressant et opportun, dans ce Congrès où nous faisons partie de l'Association française pour l'avancement des sciences, de présenter une étude analytique et précise de recherches qui ont été entreprises jusqu'aujourd'hui pour déterminer le mode de distribution et de terminaison nerveuse dans la pulpe dentaire.

Avant 1857, époque mémorable où parut la thèse inaugurale de Magitot intitulée : *Etudes sur le développement et la structure des dents humaines*, nous ne trouvons que de vagues et fort incomplètes indications relatives à l'appareil de l'innervation pulpaire. Magitot, lui aussi, dans l'ouvrage que nous venons de citer, ne fait, en somme, que préciser les connaissances passablement sommaires

qu'on possédait à ce moment, sur ce sujet. La pulpe présente, selon lui, un système de ramifications nerveuses extrêmement riche. « Dans chaque racine pénètre un filet nerveux qui, suivant Kölliker, a de 0^{m} 07 à 0^{m} 09 de diamètre, accompagné de plusieurs autres ramuscules (jusqu'à six et davantage) n'ayant que 0^{m} 02 à 0^{m} 05. Les rameaux se dirigent vers la pulpe, y pénètrent, s'y ramifient et forment un plexus très serré qui se termine par des fibres primitives de 0^{m} 002 à 0^{m} 005 de largeur. Ces fibres se terminent à leur tour soit par des anses (Wagner), soit par des extrémités coniques ou renflées en bouton (Robin). »

Non moins généraux sont les termes de la description du mode de terminaison nerveuse de la pulpe. Voici, en effet, ce qu'il en dit[1] : « Les nerfs, également très nombreux, se développent beaucoup plus tard que les vaisseaux ; leur mode de terminaison encore peu étudiée paraît se faire, d'après Charles Robin, par des extrémités libres et non par des anses comme des capillaires. Cette extrémité, dépourvue de corpuscules, de tact ou de Pacini, serait conique ou légèrement renflée en bouton. »

Cette façon de voir était sensiblement celle que professa, vers la même époque, J. Tomes. Après avoir constaté la présence d'un grand nombre de filaments nerveux dans la pulpe dentaire, il s'empresse de remarquer que[2] « l'on ne connaît pas d'une manière certaine le mode de terminaison exact des fibres nerveuses dans la pulpe ; les fibrilles primitives qui sont extrêmement abondantes près de sa surface forment généralement des réseaux mais sans que ceux-ci semblent être leur véritable terminaison ».

Mais voici un fait nouveau et particulièrement intéressant : « Boll, continue l'auteur, semble avoir fait des recherches plus fructueuses que les autres auteurs. Sur une pulpe plongée pendant une heure dans une solution diluée d'acide chromique il a pu distinguer, près de la surface de l'organe, une quantité innombrable de fibrilles nerveuses déliées

1. Magitot, *loco citato*, page 23.
2. J. Tomes, *Manual of Dental Anatomy*. Traduction Cruet.

dépourvues de myéline (il a pu les suivre et constater d'ailleurs leur continuité avec les fibres à myéline plus volumineuses). La destination dernière de ces fibrilles est absente, mais Boll les a vues traverser la membrane d'ivoire et suivre une direction parallèle à celle des fibrilles dentinaires en nombre tel qu'il a conclu qu'elles avaient été arrachées aussi des tubes de l'ivoire. »

Les observations si suggestives de Boll semblent avoir été confirmées par les travaux de Mummery qui, d'après le témoignage de Ch. Tomes[1], s'est occupé de la question plusieurs années durant. « En suivant la méthode de préparation de Boll, le procédé de Weill, ainsi que le mode de préparation par décalcification, il acquit la conviction qu'il fit partager aux autres, qu'un grand nombre de fibrilles passent de la pulpe dans la dentine, ces fibres étant plus déliées que les fibres dentinaires proprement dites. Il n'a pu cependant réussir à voir ce qu'elles deviennent lorsqu'elles atteignent la dentine. Au moyen de divers colorants, particulièrement au moyen de fer, suivi de tannin, il réussit à les colorer, et l'on put les suivre en bas et les voir se continuer avec les troncs nerveux un peu au-dessous de la surface de la pulpe. Ces troncs nerveux étaient représentés par des faisceaux de fibres sans myéline des cylindres-axes nus. Mummery est ainsi convaincu, que la dentine est parcourue non seulement par des fibres dentinaires, mais encore par des fibres plus fines. Quelques-unes de ces dernières émergent de cellules pyriformes disposées près de la surface de la pulpe ; d'autres semblent émaner de points situés plus profondément dans la pulpe. »

Cette théorie trouva un partisan et un nouveau défenseur en la personne de M. Morgensterne qui consacra à ce sujet deux études, dont l'une parut en 1892 et l'autre en 1895 dans la *Deutsche Monatschrift fur Zahnheilkunde*[2].

---

1. Ch. Tomes, *Notes on recent investigations upon the nerves of the pulpe. Journal of the British Dental Association* 1892.

2. Morgensterne, *Ueber das Vorkommen von Nerven in den harten Zahnsubstanzen. Deutsche Monats. fur Zahnheilkunde*, vol. X, 1892, vol. XIII, 1895.

S'appuyant sur ses recherches histologiques, dont il publia les méthodes dans la seconde étude de 1895, l'auteur croit pouvoir affirmer que la dentine est parcourue par les éléments nerveux, non pas dans toute sa masse, mais en certains points bien définis. Des faisceaux des cylindres-axes recouverts d'une mince gaine de myéline émergent de la pulpe particulièrement au niveau de ses cornes ; ils parcourent la substance fondamentale dans les canalicules, dont les uns sont plus larges, les autres plus petits que les canaux des fibrilles dentinaires ; les méthodes ordinaires de recherche suffisent pour les distinguer de ces dernières. Chaque canal contient au moins deux cylindres-axes qui vers la limite de la dentine se terminent : 1° à la périphérie de la dentine ; 2° à l'endroit de jonction de la dentine avec l'émail ou le cément ; 3° dans le tissu de l'émail. Dans la dentine ou dans le *stratum intermédium* les cylindres-axes prennent des terminaisons pyriformes ou ellipsoïdes. Dans l'émail ils se terminent de différentes manières : tantôt ils pénètrent dans ce tissu, y parcourent une faible distance et se terminent comme dans la dentine ; tantôt ils aboutissent aux corps allongés nucléaires et affectent l'un des modes suivants de terminaison : *a*) le cylindre-axe peut passer à travers le corpuscule nerveux tout entier pour se terminer à la périphérie ; *b*) le cylindre-axe peut se terminer par l'un de ces corpuscules nerveux ; *c*) le cylindre-axe peut traverser tout le corpuscule, contourner un ou plusieurs nucléodes pour se terminer sur le dernier nucléode de ce corpuscule. Ces corpuscules nerveux sont surtout développés dans les prémolaires et les molaires ; dans les premiers ils sont particulièrement situés au niveau des cuspides, dans les secondes aux côtés de ces cuspides.

Le travail de M. Morgensterne souleva une polémique facile à comprendre. Charles Tomes, dans la note que nous avons déjà citée, formule des réserves quant aux affirmations de Morgensterne. « Il semble improbable, dit-il, que s'il y avait dans la dentine des canaux spéciaux, les uns plus petits, les autres plus larges que les canalicules dentinaires,

ils n'eussent pas été encore remarqués ; les tubes dentinaires étant remarquables par l'uniformité de leur diamètre, ces corpuscules terminaux occuperaient des espaces qui devraient être visibles dans les sections sèches de dentine. »

Röse[1] qui, pour sa part, répéta les expériences de Morgensterne, en suivant la méthode de préparation de cet auteur, aboutit à la conclusion que les corpuscules terminaux ne sont guère autre chose que les espaces non calcifiés de la substance fondamentale au travers desquels passent les fibres dentinaires. Il s'en refère aux observations de Walkoff qui considère les espaces interglobulaires, la couche granuleuse et ces corpuscules comme des formations morphologiquement identiques.

Ainsi, d'après les recherches de Boll, de Mummery, de Morgensterne, la substance de la dentine serait parcourue par des fibres nerveuses. Ces fibres, sans myéline suivant les deux premiers auteurs, seraient pourvues de leur gaine médullaire d'après les observations de Morgensterne. Elles émaneraient de la pulpe pour se terminer soit dans la dentine, soit entre la dentine et l'émail, soit dans l'épaisseur de l'émail.

Si séduisante que soit cette manière de voir, elle se heurte contre l'opposition d'une théorie plus généralement admise dans la profession, du moins jusqu'à ces dernières années.

Legros, dans la *Morphologie du follicule dentaire chez les mammifères* qu'il publia en collaboration avec Magitot[2], portait ses expériences sur les pulpes des dents des chiens, des chats et des moutons, en appliquant plus particulièrement à cette étude la méthode du chlorure d'or. Ces observateurs furent conduits à admettre que les terminaisons des fibrilles nerveuses se trouvent en continuité

1. Röse, *Ueber die Nervenendigungen in den Zähnen. Deutsche Monatschrift für Zahn.* vol. XI, 1893.

2. Legros et Magitot, *Morphologie du follicule dentaire chez les mammifères. Journal d'anatomie et de physiologie*, 1879.

avec les cellules situées immédiatement au-dessous des odontoblastes et qui servent d'intermédiaires entre les fibres d'un côté et les odontoblastes de l'autre. Cette disposition leur semblait analogue à celle existant dans l'appareil de l'olfaction où les cellules olfactives sont en continuité avec les fibres nerveuses.

Robertson, dans son étude sur la pulpe dentaire du bœuf, nous fait voir les cylindres-axes des nerfs à myéline se dépouiller de leur gaine médullaire, et après avoir parcouru une distance plus ou moins grande, aboutir aux corps des odontoblastes.

M. Smith [1], qui fit paraître sur les éléments cellulaires de la pulpe une étude où il expose ses vues originales et toujours intéressantes, se prononce lui aussi pour la continuité des odontoblastes avec les fibres nerveuses de la pulpe ; il n'a pu cependant constater cette continuité. Il considère, en outre, les odontoblastes comme de véritables cellules nerveuses périphériques, dont la fonction ne serait point celle qu'on leur attribue d'ordinaire, fonction dentino-formatrice et dont l'appellation « odontoblaste » serait illégitime. Pour appuyer son opinion il s'efforce d'établir une analogie entre les odontoblastes et certaines cellules épithéloïdales que l'on trouve dans la région olfactive de l'homme et certains animaux et de cellules auditives de la macula lutea du labyrinthe membraneux, — analogie qui n'est nullement légitime, remarque très justement Hubert, vu que les cellules olfactives sont des éléments nerveux périphériques, ainsi que les cellules auditives de la macula — de nature neuro-épithéliale, alors que les odontoblastes sont les cellules connectives différenciées, d'origine mésoblastique.

Sudduth [2] considère les odontoblastes comme étant les intermédiaires entre les fibres nerveuses et les fibrilles dentinaires. Grâce à la continuité des éléments nerveux avec les odontoblastes, les impressions périphériques transpor-

---

1. Smith, *Some observations on the cellular elements of the dental pulp. British Journal of dental Science*, 893, p. 114.

2. Sudduth, *In American system of Dent.* Litsch, 1886.

tées par les fibrilles dentinaires se trouvent ressenties par la pulpe.

Telle est aussi, quoique plus compliquée et particulière, la façon de voir de Boedecker. Selon lui, les fibres nerveuses seraient mises en rapport avec les fibres dentinaires au moyen d'un réticulum spécial qu'il suppose exister entre les odontoblastes. Ce réticule ne serait autre chose qu'un réseau très compliqué des fibres ou cylindres-axes.

Nous n'avons parlé jusqu'ici que des travaux exécutés selon les procédés usités avant l'introduction dans l'histologie des méthodes de coloration de Golgi et d'Ehrlich. L'application de ces deux méthodes d'investigation a fait accomplir des progrès considérables à l'étude du système nerveux périphérique et van Gehuchten pouvait dire avec raison qu'elles constituent pour l'anatomie du système nerveux les deux découvertes techniques les plus importantes des dix dernières années.

Il nous a paru intéressant, vu leur importance, d'emprunter au traité d'histologie de Mathias Duval les quelques lignes qu'il consacre à l'exposition de ces méthodes [1].

La méthode de Golgi (1875-1885) « consiste à imprégner les cellules nerveuses et leurs prolongements par du chromate d'argent ; à cet effet, on fait macérer des fragments de masses nerveuses dans une solution de bichromate de potasse additionnée d'un peu d'acide osmique, puis on place ces fragments dans une solution de nitrate d'argent. Il se produit une réaction (précipité de chromate d'argent) qui colore en noir intense les cellules nerveuses et tous leurs prolongements ; mais, par suite de conditions que nous ignorons encore, ce ne sont pas toutes les cellules nerveuses présentes sur un point donné, mais seulement quelques-unes, un très petit nombre d'entre elles qui sont ainsi colorées. Si donc on fait, sur la pièce ayant subi la manipulation sus-indiquée, des coupes épaisses qu'on éclaircit en les montant dans le baume du Canada, on pourrait dis-

1. Mathias Duval, *Précis d'histologie*, page 821.

tinguer tous les prolongements des quelques cellules nerveuses que le chromate d'argent aura imprégnées en noir et les suivre jusqu'à leurs ramifications les plus ultimes, alors même que ces ramifications seraient dans les plans différents, puisque la coupe, par le fait de son épaisseur, comprend plusieurs plans. En multipliant ces coupes, on arrive à compléter les détails de l'une par ceux de l'autre, c'est-à-dire à trouver sur une coupe telle espèce de cellule qui n'était pas visible sur l'autre ».

Les résultats obtenus par la méthode de Golgi, surtout pour les dispositions périphériques des éléments nerveux, ont été confirmés plus récemment grâce à la méthode d'Ehrlich. « En 1886 cet auteur découvrit que l'injection intra-veineuse de bleu de méthylène, chez un animal vivant, détermine la coloration exclusive des éléments nerveux, dès que, l'animal étant sacrifié, les tissus sont exposés au contact de l'air. On obtient le même résultat en plaçant des tissus tout frais, c'est-à-dire qui viennent d'être enlevés à un animal, dans une solution de méthylène, et en les laissant s'y imbiber. Les préparations ainsi obtenues peuvent être rendues persistantes en les fixant par l'action de divers réactifs et notamment par le picrate d'ammoniaque. »

Retzius et Hubert eurent l'heureuse idée d'appliquer à l'étude des éléments nerveux de la pulpe les procédés que nous venons de décrire. Le premier s'était servi uniquement de la méthode de Golgi, le second fit l'usage exclusive de l'injection intra-veineuse d'Ehrlich.

Les expériences de Retzius furent publiées dans les « Biologische Untersuchungen » dont la première étude parut en 1892 [1]. Retzius y expose les résultats de ses recherches sur les terminaisons nerveuses de la pulpe des poissons et des reptiles. Chez les poissons, les nerfs de la pulpe partent du plexus nerveux situé immédiatement au-dessous de la dent; après s'être divisés dichotomiquement dans toutes les directions, ils aboutissent immédiatement au-dessous de la den-

1. Retzius, *Zur Kenntniss der Nervenendigungen in den Zähnen. Biologis che Untersuchungen*, 1892.

tine, où ils se terminent en fines fibrilles. Sur une section longitudinale d'une dent de lézard il observa un paquet de fibres nerveuses pénétrant dans la pulpe avec les vaisseaux sanguins. Ce paquet nerveux dans son trajet à travers la pulpe envoyait des branches latérales qui se dirigèrent vers les côtés de cet organe et vers son extrémité supérieure. De ces branches les fibres furent tracées le long des odontoblastes vers la surface libre de la pulpe.

Dans sa seconde étude publiée en 1893 [1] il s'occupe du mode de terminaison nerveuse dans la pulpe des amphibiens. Ici encore les nerfs, après avoir éprouvé des divisions dichotomiques, s'achèvent en fines fibrilles variqueuses dans le voisinage de la dentine. — Enfin les recherches sur les terminaisons nerveuses de la pulpe des mammifères occupent la troisième étude [2].

Dans les préparations des dents de jeunes souris l'auteur vit les nerfs suivre le trajet des ramifications vasculaires ; des branches variqueuses se dirigeaient vers la zone des odontoblastes et entre les odontoblastes ; ces fibrilles aboutissaient souvent vers la surface libre de la pulpe où l'on put les voir par place courir tangentiellement entre les odontoblastes et la dentine. Aucune fibre nerveuse n'a été vue passer dans les tubes dentinaires.

Comme nous l'avons dit, les recherches de Retzius furent basées uniquement sur la méthode d'imprégnation de chromate d'argent. Hubert, dans une étude fort intéressante publiée dans le *Dental Cosmos* en 1898 [3], compléta ces expériences en se servant de la méthode d'injection intraveineuse. Il mit à contribution les pulpes des canines et des molaires inférieures du chien, du chat, du lapin ; mais c'est sur les pulpes des molaires inférieures du lapin que portèrent spécialement ses recherches, car la matière colorante s'y

---

1. Retzius, *Ueber die Nervenendigungen in den Zähnen bei Amphibien. Biologische Untersuch.*, 1893.
2. Retzius, *Zur Kentniss der Endigungsweise der Nerven in den Zähnen der Saugethiere. Biol. Untersuchungen*, 1894.
3. Hubert. M. D., *The innervation of the tooth pulp. Dental Cosmos*, 1898.

fixait d'une façon plus stable et plus intense. Ajoutons que, de même que Retzius, il négligea d'appliquer sa méthode à l'étude des terminaisons nerveuses de la pulpe des dents humaines. Hubert résume ainsi le résultat de ses investigations :

« Ces observations, prises en connexité avec celles rapportées par Retzius, me semblent supporter l'affirmation que les branches terminales des nerfs des pulpes dentaires se terminent entre les odontoblastes, puis au niveau de leur surface libre, occasionnellement entre celles-ci et la dentine. Elles n'ont, je crois, aucune connexité entre les odontoblastes, ni avec aucun autre élément cellulaire de la pulpe. Et comme dans aucun cas je n'ai pu tracer des fibres à myéline dans la couche odontoplastique, quoique dans plusieurs préparations celles-ci fussent bien colorées, je ne puis confirmer l'assertion de Morgensterne, lorsqu'il dit que ces fibres pénètrent dans la dentine. Retzius ne trouva point de fibres nerveuses dans la dentine ; les préparations faites avec la méthode du bleu de méthylène corroborent ce fait, quoiqu'elles ne soient peut être pas aussi concluantes. Dans toutes les préparations que j'ai examinées je n'ai pu tracer aucune fibre nerveuse au delà de la couche des odontoblastes, comme on aurait pu s'y attendre si les fibres nerveuses pénétraient dans la dentine dans ce cas en effet on pouvait espérer voir, je crois, en enlevant la pulpe, quelques-unes de ces fibres tirées de la dentine ; il aurait été alors possible de constater qu'elles s'étendaient au delà de la couche des odontoblastes. » On peut donc conclure, dit-il, « que les préparations au bleu de méthylène montrent que les fibres sensitives entrant dans la pulpe dentaire se terminent sous forme d'un pinceau composé de fibrilles variqueuses disposées au-dessous des odontoblastes. Les fibres terminales ou les fines branchioles qui en émanent s'achèvent librement entre les odontoblastes ou entre celles-ci et la dentine et ne sont en continuité avec les fibres dentinaires ni directement ni par l'intermédiaire des odontoblastes ».

En résumé, les auteurs qui consacrèrent des travaux à

l'étude du système de l'innervation intra-dentaire peuvent, se diviser en trois groupes.

a) Selon les uns : Boll, Mummery, Morgensterne, les fibres nerveuses de la pulpe, après avoir formé au-dessous de la couche odontoblastique un plexus plus ou moins serré, traversent cette couche odontoblastique et pénètrent dans les canalicules de la dentine. Morgensterne va même jusqu'à prétendre que ces fibres nerveuses intra-dentinaires sont pourvues de leur gaine myélinique.

b) Les autres, comme Legros et Magitot, Coleman, Smith, Sudduth, Boedecker, admettent que les terminaisons nerveuses de la pulpe sont en continuité avec les odontoblastes. Smith considère même les odontoblastes comme de véritables corpuscules nerveux terminaux.

c) Enfin, Retzius et Hubert émettent l'opinion que ces fibres nerveuses sensitives de la pulpe se terminent librement dans la couche périphérique des odontoblastes, parfois entre celle-ci et la dentine. Il n'y a point de fibres nerveuses pénétrant dans la dentine ; ces fibres, de plus, n'offrent aucune connexité soit avec les odontoblastes, soit avec quelque autre élément cellulaire de la pulpe.

Quel est maintenant, après cet exposé impartial des faits histologiques, le mécanisme de la sensibilité de la dentine? Il paraît évident que la conception en serait essentiellement différente suivant que l'on accepte l'une ou l'autre de ces diverses théories. Personnellement nous suspendons notre jugement jusqu'au moment où par des expériences rigoureusement conduites nous serons amené à adopter l'une ou l'autre de ces opinions professées.

Discussion.

M. Choquet. — Je croyais trouver dans le travail de notre confrère Mendel, quelque chose de plus précis et je regrette vivement de ne pas le voir parmi nous pour la discussion ; il ne conclut pas et je relève quelques erreurs bibliographiques telles que celles-ci : M. Mendel-Joseph dit que Magitot a été le premier à étudier les terminaisons nerveuses (1868) or, c'est Nasmyth qui, en (1847), fit le premier travail à ce sujet. Le travail du Dr Gizy en 1900 est laissé dans l'om-

bre et c'est lui qui, à l'heure actuelle, tient la corde au sujet des travaux concernant la terminaison des canalicules dans la dentine et la terminaison des fibrilles nerveuses. M. Mendel-Joseph cite Mummery de Londres comme ayant été le premier à colorer les fibrilles nerveuses avec du tannin et du fer, mais ne parle pas des expériences de Tripier en (1869) pour la coloration des fibrilles nerveuses générales ; c'est moi qui, il y a 6 ans, ai préconisé certe méthode de coloration. Hopewel Smith ne croit pas que les odontoblastes forment la dentine et la dent proprement dite; dans certains cas de sujets non arthritiques, j'ai remarqué des dents saines atteintes de pulpite. Si l'on casse la dent, on trouve dans l'épaisseur de la pulpe des nodules ou calcosphérites de dentine pure et simple. En se rapportant à l'histologie de la pulpe on trouve dans une coupe la couche odontoblastique localisée dans la portion coronaire dans la profondeur, et des odontoblastes disséminés dans le centre de l'organe ; ces cellules ont pu occasionner de la pulpite et la formation de calculs dans l'épaisseur de l'organe. Ramon y Cajal est également laissé dans l'ombre par M. Mendel-Joseph et pourtant il a obtenu un prix à l'Académie de médecine pour un travail ayant trait à la coloration des terminaisons nerveuses. La méthode d'Underwood est également omise — méthode de coloration des fibrilles nerveuses par le chlorure d'or. Je regrette donc beaucoup que M. Mendel-Joseph ne soit pas ici pour pouvoir discuter plus complètement sa communication.

M. Delair, président, remercie M. Mendel-Joseph de sa très intéressante communication tout en regrettant son absence et en espérant qu'à une session suivante, il complètera par ses travaux personnels les conclusions du travail qu'il a présenté.

M. Lemerle lit la communication de *M. Richard-Chauvin*, empêché.

DE LA TECHNIQUE DES OBTURATIONS DE PORCELAINE

Par L. Richard-Chauvin, professeur à l'École dentaire de Paris et
L. Richard-Chauvin fils, chirurgien-dentiste.

Dans la communication que nous avons faite sur ce sujet au Congrès dentaire international de 1900, nous avons volontairement passé sous silence les détails techniques communs à toutes les méthodes d'obturations à l'aide des blocs d'émail. Considérant que ces détails sont connus, depuis de longues années, par les travaux de Jenkins, de Herbst, etc., et les

publications américaines, nous avions cru devoir nous cantonner dans la description de ce que notre méthode a d'essentiellement original. Nous pensions que les argumentations du public professionnel porteraient exclusivement sur le terrain que nous avions choisi. Mais les choses se sont passées tout autrement et, aussi bien au Congrès de Paris qu'à Bordeaux et au Congrès de Bâle, nos confrères nous ont demandé autant d'explications sur la préparation des cavités, la prise des empreintes, le scellement des blocs, que sur la source de chaleur nouvelle et les appareils utilisés pour la produire.

Ces faits nous ont démontré que la question n'était pas entièrement élucidée pour tous et qu'il pouvait y avoir encore un certain intérêt à rappeler le manuel opératoire intégral de ce mode d'obturations. Du reste, c'est sur les conseils de MM. Martinier et Sauvez, amis de l'un de nous, que nous nous sommes décidés à revenir sur une question qui nous avait tout d'abord paru surabondamment éclaircie. Peut-être avons-nous quelques petits procédés différant un peu de ceux qui ont été décrits ; mais les différences ont une si mince importance qu'elles ne sauraient modifier profondément les méthodes créées par les Jenkins, les Herbst, etc. Ceci dit seulement pour la description de nos procédés actuels, qui sont en voie de remplacement. Nous devons donc diviser cette étude en deux parties distinctes :

1° Description des procédés en usage actuellement ;

2° Description des procédés nouveaux expérimentés par nous. Nous devons ajouter que la technique en voie de création qui nous a déjà donné des résultats surprenants est encore à l'étude et ne pourra être présentée en démonstrations avant quelques semaines, les manipulations étant encore trop compliquées.

Mais il est un point sur lequel nous devons appuyer : c'est que les appareils présentés par nous, en permettant d'utiliser l'oxygène comme source de chaleur, assurent aux praticiens la sécurité la plus absolue, quant à l'inaltérabilité des

blocs ; c'est là du reste le fait capital de la méthode que nous avons inaugurée.

Sans s'arrêter aux particularités heureuses que chacun peut signaler et qui ne font que confirmer la règle, il est un fait connu maintenant de tous les dentistes qui ont pratiqué l'obturation de porcelaine, c'est que toutes les pâtes de verre modifié ou non sont altérables plus ou moins rapidement, suivant l'importance des modifications, dans le milieu buccal. Seule, la porcelaine dure résiste indéfiniment aux attaques de la salive. Il suffit de rappeler qu'un de nos confrères français, qui a été longtemps après Jenkins et Herbst, un propagateur convaincu de l'obturation de porcelaine, ou pour parler exactement de pseudo-porcelaine, M. Léger-Dorez, après avoir pendant deux ans, fondu ses blocs obturateurs avec le four de Ash et publié des résultats à la perfection desquels il croyait encore, a très loyalement fait part de ses déconvenues au public professionnel, le mettant ainsi en garde contre un emballement injustifié. Notre confrère et ami, de Marion, dans une séance récente de la Société d'Odontologie, disait que les fours, très coûteux, en usage ne permettaient pas de fondre la pâte dure de porcelaine. Inutile d'insister sur l'importance de ces faits. Avec l'oxygène dont notre appareil règle admirablement le débit, la porcelaine dure peut être employée pour la confection des blocs, puisque la chaleur développée est suffisante pour faire couler en larmes du gros fils de platine. Un fait important est donc désormais acquis, c'est qu'on peut faire des obturations de porcelaine avec la certitude absolue qu'aucune altération subséquente ne se produira sur les blocs [1].

La pâte de porcelaine que nous fondons avec l'oxygène est une pegmatite analogue à celle qui sert à fabriquer les

---

1. Nous avons eu l'occasion de nous rendre compte que certains de nos appareils offrent une grande résistance pour la détente de la vis micrométrique. C'est la conséquence d'un vice de fabrication que le praticien ne saurait prendre à son compte. Dans les appareils bien exécutés, la détente doit se faire avec la plus grande facilité.

dents américaines, ce qui dans la porcelaine constitue la glaçure et qu'en céramique on appelle la *couverte*. Cette pegmatite, à laquelle nous avons ajouté, selon les nuances à produire, des quantités variables de kaolin ou *fond*, entre elle-même dans la classe des porcelaines dures. Elle est supérieure encore, comme degré de fusion et comme inaltérabilité, à la pegmatite américaine en raison de la faible quantité de kaolin que nous y avons ajoutée. Il y a là, nous y insistons encore, pour le praticien, une sécurité absolue, qu'il importait de bien mettre en lumière. Cela posé, nous entrons dans les détails techniques des différentes manipulations qui constituent l'opération totale de l'obturation de porcelaine, c'est-à-dire : 1° la préparation des cavités ; 2° la prise des empreintes ; 3° le choix des nuances ; 4° la fusion de la porcelaine ; 5° la rétention et le placement du bloc.

I. *Préparation des cavités. Considérations générales.* — Les cavités doivent se présenter de telle sorte que l'empreinte puisse être facilement retirée ; la conduite à tenir est donc tout autre lorsqu'il s'agit d'obturer une carie interstitielle que si l'on se trouve en présence d'une carie labiale ou jugale, siégeant sur la partie moyenne de la dent ; tout autre encore, si c'est une carie du collet qui est en cause. Dans le premier cas, l'indication primordiale est d'obtenir, entre les deux dents contiguës, un écart légèrement supérieur à la plus grande profondeur de la cavité qu'on se propose de mouler. Dans le second cas on ne doit se préoccuper que de la cavité elle-même, de sa forme, de ses bords, etc., toutes choses dont nous nous occupons plus loin. Les caries du collet sont un peu plus compliquées ; le praticien doit éviter de mouler la gencive en même temps que la cavité, qu'il faut dégager en brûlant le tissu gingival à l'aide du thermo ou du galvano-cautère. On peut éviter la cautérisation en donnant à la feuille de platine, qui sert à prendre l'empreinte, une forme qui permette de la glisser aussi haut qu'il est possible entre la gencive et la dent. La gutta-percha peut également servir à refouler la gencive : pour cela il suffit d'obturer la cavité avec cette matière,

qu'on a soin de fouler en la laissant dépasser autant qu'il est possible. En 24 heures le résultat est obtenu.

Nous conseillons de mouler la cavité sous la gencive : 1° pour obtenir un moule à arêtes vives ; 2° pour que les bords de ce moule en soient aussi les points culminants. Cette dernière condition est indispensable si l'on veut éviter la saillie des blocs par surchage de matière.

D'une manière générale les cavités préparées en vue de l'obturation par la porcelaine, doivent présenter des conditions déterminées, toujours identiques, au point de vue de la forme, des bords et du fond. Ce sont ces conditions que nous allons étudier en détail.

Préparation proprement dite.

a) La forme. — Les cavités peuvent présenter extérieurement toutes les formes, sauf la forme cyclique ; en effet, comme il est rare que celle-ci soit mathématiquement réalisable, la présentation du bloc, dans le cas d'une imperfection, même légère, de cette préparation, devient à peu près impossible. De l'extérieur à l'intérieur la cavité doit présenter la forme évasée, sans parties rentrantes ; cela revient à dire qu'elle doit être de dépouille. Si l'étendue des altérations subies par la dent rend impossible la réalisation directe de cette condition, c'est-à-dire si la carie présente des retraits que l'on ne pourrait faire disparaître qu'en sacrifiant une trop grande quantité de tissu, on obviera à cet inconvénient en comblant, au moyen du ciment, toutes les excavations secondaires. Somme toute, il s'agit de créer une cavité artificielle réduite, qui réalise le but qu'on se propose en prenant grand soin de laisser les bords libres. Ceci s'entend pour toutes les cavités quelle que soit leur situation.

b) Les bords. — D'une façon générale ils doivent être régularisés. Il serait peut-être possible de mouler exactement les bords irréguliers, la rétention du bloc serait même facilitée par cette disposition, mais ce serait là l'exception ; dans l'immense majorité des cas l'empreinte manquerait d'exactitude et l'obturation serait imparfaite. Il est très important que les bords soient aigus, *tranchants comme*

la lame d'un rasoir. Cette condition réalisée permet d'obtenir des bords d'empreinte d'une netteté remarquable et, par cela même, un bloc qui obture la cavité avec une grande précision et sans saillie extérieure.

Le fond. — Du fond des cavités il y a peu de chose à dire. Il fait suite sans saillies ni dépressions aux bords et l'on se le représente facilement, si l'on a bien voulu admettre que la cavité doit être rigoureusement de dépouille. Si les circonstances le permettent, il vaut toujours mieux réduire sa profondeur et empreinter une cavité artificielle, pour garder la réserve d'un lit de ciment frais, lors du scellement du bloc. Sa profondeur doit être proportionnelle au volume du bloc, mais tous les praticiens comprendront que la réalisation de toutes ces conditions est absolument circonstantielle.

II. *L'empreinte.* — Avec la source de chaleur que nous utilisons pour la fabrication des blocs de porcelaine dure, la substance employée pour mouler la cavité ne peut être que du platine. L'or en feuilles, dont on se sert couramment pour les méthodes d'émaillage ne saurait convenir pour la porcelaine. Le platine étant plus dur que l'or, il s'ensuit que l'empreinte est plus difficile à prendre, la matière plus sujette à crever, c'est en quelque sorte la partie délicate de l'opération. Plusieurs procédés peuvent être employés : 1° celui qui consiste à mouler avec de la cire, du stent, du plâtre même, la cavité préparée et à tirer ensuite avec du plâtre fin une reproduction de cette cavité, à stéariner le modèle obtenu et à appliquer la feuille de platine sur cette reproduction comme on le ferait sur la dent même ; 2° le procédé que nous pratiquons, qui est le plus répandu et qui consiste à reproduire directement la cavité avec la feuille de platine. Voici le détail de l'opération : un fragment de feuille, représentant environ trois fois l'étendue de la cavité, est mis en contact avec celle-ci ; il est tenu avec la main gauche par un seul de ses côtés, les parties libres sont refoulées doucement et progressivement dans la concavité, de manière à éviter, autant qu'il est possible, de crever la feuille. On peut faciliter la progression du platine, dans la concavité, en l'emboutissant

au préalable, soit à l'aide d'une boulette d'ouate, soit avec un brunissoir rond; ce moyen présente en outre l'avantage d'éviter les déchirures. Quand la pénétration est à peu près effectuée, il faut maintenir solidement les deux côtés latéraux de l'empreinte pour empêcher le ballottement; alors avec les boulettes d'ouates on applique le platine sur toutes les parois de la cavité, puis on précise les bords soit avec de la cire ou de l'ouate, mais mieux encore avec le brunissoir, qu'il ne faut pas craindre de passer à plusieurs reprises sur l'arête vive, aussi bien au dehors qu'en dedans de celle-ci. Au moment de retirer l'empreinte, il est bon de s'assurer qu'elle ne ballotte pas; si cela était, il faudrait, pour remédier à cet inconvénient capital, introduire à force dans la cavité et serrée entre les deux dents une boulette d'ouate qui remettrait tout en place.

Particularités. — Si l'on opère une carie de collet située entièrement sur la face labiale on devra : 1° couper les angles de la feuille de platine pour lui donner la forme arrondie du feston gingival ; 2° rapprocher les deux bords taillés l'un de l'autre, pour faciliter la pénétration de la feuille sous la gencive [1] ; sans cette pénétration le bord supérieur ne serait pas ou serait mal reproduit ; 3° plier la feuille sur elle-même vers le centre du bord inférieur pour permettre son application parfaite autour des bords mésial et distal. Il est également nécessaire d'arrondir les angles de la feuille quand, opérant sur une carie interstitielle, la partie cervicale de la cavité avoisine ou même entame le collet. Cette précaution facilite la progression de la feuille au-dessus de la limite supérieure de la carie, ce qui est indispensable pour obtenir un moule utilisable.

Il arrive parfois, souvent même, que la feuille crève en prenant l'empreinte ; c'est là un accident dont il est permis de ne pas tenir compte si la déchirure n'arrive pas au contact d'un bord. Dans le cas où un bord est intéressé, ou même si la déchirure arrive au contact, il est préférable de recommencer, car pendant la fusion la porcelaine fuse des

1. On comprend que nous envisageons, en ce moment, une carie siégeant sur une dent de la mâchoire supérieure.

deux côtés de la feuille de platine, qui se trouve pincée entre les deux couches. Dans ce cas le bloc manque de précision ; de plus, le platine pincé ne peut être retiré, ce qui produit à ce niveau un liseré noir du plus fâcheux effet.

Un procédé qui complique et facilite en même temps la prise de l'empreinte est celui qui a été publié dans un journal américain : il consiste à porcelainer le fond d'un moule, obtenu par les procédés que nous venons de décrire. Le moule étant rendu rigide par la porcelaine est remis au contact de la cavité, les bords sont précisés avec le brunissoir, et cette double empreinte, c'est le terme qu'emploie M. Godon, peut être retirée de la cavité sans crainte de déformations. On comprend que ce procédé donne la certitude de la précision. On peut l'utiliser dans la fabrication de la porcelaine dure en dissolvant le blanc d'Espagne dont on a badigeonné le platine au moyen de l'acide sulfurique. On peut même, puisqu'il suffit de biscuiter pour obtenir la rigidité nécessaire, ne protéger l'empreinte contre l'oxygène qu'après cette cuisson préparatoire. Les deux procédés que nous avons essayés nous ont également réussi.

III. *Le choix des nuances.* — Peu de choses à dire au sujet du choix des nuances, sinon qu'il faut beaucoup d'habitude, beaucoup de coup d'œil. L'éclairage, l'interposition entre le bloc et la carie d'une substance étrangère, le ciment, font qu'il est souvent utile de nuancer inexactement pour obtenir l'effet cherché ; cela est surtout vrai pour les blocs minces et pour ceux qui ne reçoivent pas directement la lumière.

En principe on peut dire que toutes les fois qu'un bloc rapporté recevra directement la lumière, on peut lui donner la teinte exacte de la dent ; s'il est interstitiel, il aura toujours une tendance à paraître noir, il faut alors prendre la nuance tout à fait blanche, quel que soit le ton de la dent. Si l'on peut alors cuire modérément, ne pas obtenir un vernis parfait, on gardera au bloc une opacité qui, empêchant la pénétration des rayons lumineux, atténuera les défectuosités de l'éclairage. Grâce à ces artifices de la tech-

nique, nous avons obtenu et nous avons eu le plaisir de pouvoir montrer des obturations entièrement interstitielles, dont l'éclairage, quoique portant à faux, ne précisait pas les contours en noir. Avec quatre ou cinq teintes bien graduées on peut obtenir toute la gamme des couleurs. Les plus employées, on pourrait presque dire les seules indispensables, sont le jaune très foncé et le blanc pur. Ces deux dernières, diversement mélangées, peuvent donner des jaunes plus ou moins atténués. Les bleus trouvent peu d'applications. Somme toute, le praticien doit non pas se fier à la teinte exacte de la dent à réparer, mais prévoir ce que rendra le bloc scellé. Il faut à cet égard tenir compte des différents facteurs que nous avons énumérés et aussi de l'épaisseur, du morceau, ce qui implique non seulement sa transparence intrinsèque, mais aussi la coloration artificielle produite par la matière de scellement. On voit qu'il y a là pour le dentiste toute une accoutumance à acquérir.

IV. *Fusion de la porcelaine au moyen de l'oxygène comprimé. — a) Fusion proprement dite.* — Les appareils servant à la fusion de la porcelaine dure ayant été décrits dans la communication que nous avons faite au Congrès de 1900, nous ne reviendrons pas sur ce sujet et nous passerons immédiatement à la description de la fabrication du bloc de porcelaine.

L'empreinte obtenue, il faut : 1° la saisir, avec la pince spéciale, par un des côtés de la feuille, au point le plus éloigné du moule proprement dit. Plus la pince est éloignée de l'excavation, plus il est facile de mettre la porcelaine en contact avec la flamme oxydhrique ; 2° badigeonner la feuille de platine avec une couche épaisse de craie délayée, sauf, bien entendu, le creux du moule où doit fondre la porcelaine, et sécher à la flamme du gaz ; 3° placer la pâte délayée dans le moule. La première charge doit être faite généreusement avec de la pâte épaisse que l'on étale uniformément en frappant à petits coups sur la main qui tient la pince, puis on évapore lentement l'excès d'eau à la flamme du gaz. Quand la pâte ne peut plus être projetée hors du moule

par un dégagement trop rapide de vapeur, la cuisson est prête à commencer. Le biscuitage est inutile, même pour la première cuisson, car la pâte étant bien cuite d'emblée, la deuxième charge se fait avec plus de précision.

On doit opérer de la façon suivante : maintenir d'une main le moule au-dessus de la flamme du gaz ; avec la main libre tourner lentement et progressivement la vis micrométrique, qui règle la sortie de l'oxygène. A ce moment l'opérateur a garanti ses yeux avec des lunettes noires, car il ne saurait fixer la flamme de l'oxygène en contact avec le platine et le carbonate de chaux. Grâce à la protection des verres, il peut suivre facilement toutes les phases de l'opération. Malgré la couche de craie qui protège le platine, il faut éviter de laisser stationner la tranche de la feuille dans la flamme oxydante, car elle fondrait assez rapidement pour compromettre l'empreinte. A cet effet on promène alternativement le moule de droite à gauche, de manière à ce que, seules, les extrémités s'écartent de la flamme à tour de rôle. Peu à peu l'opérateur peut voir la pâte, qui ressortait en masse sombre, s'éclairer et devenir transparente. A ce moment il doit retourner le moule et glacer directement la porcelaine sur la flamme oxydante en la passant assez lentement cinq ou six fois, pour n'oublier aucune de ses parties, aussi près qu'il est possible de la source de chaleur.

Nous disons sur la flamme oxydante et uniquement sur cette flamme, car il ne faut ni flamme mixte, ni flamme réductrice, parce que la première donne les colorations les plus étranges ; de plus elle est souvent insuffisante pour produire la glaçure du bloc, et la deuxième est totalement insuffisante.

La première cuisson terminée, on constate que la rétraction de la matière, conséquence de l'agrégation moléculaire, s'est produite de la périphérie au centre et qu'il en est résulté un vide périphérique nécessitant une seconde cuisson. Contrairement à ce qui s'est passé la première fois, il faut garnir avec de la pâte très claire ; il est même bon de faire passer une goutte d'eau dans les vides pour y entraîner la poudre.

Que la fabrication d'un bloc demande deux, trois ou même quatre cuissons, il est nécessaire à chacune d'elles de couvrir toute la surface de la porcelaine d'une couche de poudre, si légère soit-elle. Sans cette couche protectrice, la porcelaine en contact direct avec l'oxygène ne résiste pas à l'énorme chaleur développée par celui-ci et le bloc se fend.

b) *Reconstitutions.* — Quand il s'agit de reconstituer un angle de dent, l'opérateur doit procéder comme il est dit ci-dessus jusqu'à ce que l'obturation du moule soit à peu près complétée sans saillie. A ce moment il rajoute la pâte nécessaire qu'il sculpte et taille à son gré. Inutile de dire que dans ce cas la charge doit être faite avec de la pâte épaisse.

c) *Réparation d'un bloc fendu.* — Un bloc fendu peut être encore utilisé à la condition d'être réparé, mais il ne suffit pas pour obtenir ce résultat de présenter de nouveau la porcelaine à la flamme après l'avoir couverte d'une couche de poudre : il faut se rendre compte que la pâte qui s'agglomère et se glace à une température oscillant entre 1375 et 1425 ne coule pas, ne se liquéfie pas ; les deux morceaux séparés ne peuvent être mariés à nouveau qu'en procédant comme suit.

Le moule rendu rigide par la porcelaine qui le remplit ne pouvant plus être déformé, on prend entre les doigts la partie convexe solidifiée et l'on agrandit la section produite par le feu avec une meule plate et tranchante, on lave soigneusement à plusieurs reprises et l'on emplit l'écartement avec une nouvelle couche pour glacer comme il est dit plus haut.

d) *Refroidissement et sortie du bloc de son empreinte.* — Pour le refroidissement rien de particulier, aucune précaution spéciale à prendre. Il n'en est pas de même pour le retrait du bloc ; celui-ci, en effet, adhère fortement au moule. Pour retirer la feuille de platine, il faut la prendre avec une pince à aurifications et la tirer doucement et progressivement. Il faut toujours la tirer, la pince la tenant aussi près du bloc qu'il est possible ; il est donc nécessaire de s'y reprendre

à plusieurs fois pour réaliser cette condition. On est parfois obligé de s'aider d'un excavateur finement affuté pour lever la feuille et libérer entièrement la porcelaine.

V. *Rétention du bloc dans la cavité. — a) La cavité.* — La cavité qu'on a dû rendre de dépouille soit directement, soit artificiellement, n'est pas dans les conditions requises pour retenir une obturation quelle qu'elle soit. Si la cavité est artificielle, il suffit pour retrouver les retraits existants d'enlever le ciment qu'on y a introduit. S'il n'existe pas de retraits on devra pratiquer ceux qui paraîtront nécessaires avec la fraise. On agira sagement en ne comptant pas exclusivement sur l'adhérence du ciment.

b) Le bloc. — Si toutes les précautions ont été bien prises, le bloc doit s'ajuster dans la cavité et affronter les bords sans présenter d'excédent ; avec un peu d'habitude, ce résultat est presque constant. Il faut alors, pour le retenir solidement avec le ciment, pratiquer une forte rétention à la partie qui doit être incluse. Nous pratiquons généralement deux sillons opposés en queue d'aronde, de chaque côté du morceau. Ces sillons doivent être faits avec une meule plate. Les bords du pseudo-bouton ainsi formé ne doivent pas être trop voisins du corps du bloc. En effet si le ciment ne pénètre celui-ci que par des rainures minces, il risque toujours de se détacher en entraînant avec lui le ciment qui se casse à la base des rainures insuffisamment larges. Somme toute, le ciment doit arriver en contact avec le corps du bloc par des ouvertures d'une largeur proportionnelle au poids à retenir. Contrairement aux auteurs qui ont écrit sur le sujet, nous pensons que la rétention doit exister à la fois dans la cavité et le bloc, qu'elle doit être forte, et que le morceau de porcelaine ne doit pas reposer directement sur la cavité, mais sur un lit de ciment frais.

Contre-indications à l'usage de l'obturation par la porcelaine. — Comme notre jeune confrère et ami Gross, nous pensons que l'emploi de la porcelaine doit être limité aux dents antérieures, dans lesquelles nous comprenons les prémolaires, pour leurs faces proximales tout au moins.

Nous éliminons de parti pris et sans examen les faces triturantes. Mais ce qu'il faut surtout, c'est se tenir en garde contre l'obturation, par cette méthode, des cavités insuffisamment profondes. Des blocs trop plats non seulement se détacheront facilement, mais encore donneront, au point de vue du but poursuivi, c'est-à-dire de la perfection esthétique, des satisfactions très atténuées. Il faudra compter, avec les nuances, sur de grosses déceptions. Enfin si l'on croit devoir placer des blocs de cette nature, il faudra le faire avec assez de précision pour qu'aucune retouche ne soit nécessaire. S'il en était autrement mieux vaudrait, même au point de vue de l'esthétique, une bonne aurification. Il y a donc là une question de mesure qui s'imposera toujours à l'attention du praticien.

2e PARTIE

NOUVELLES RECHERCHES

PROCÉDÉS NOUVEAUX DE MOULAGE DES CAVITÉS

Une des critiques les plus spécieuses qui aient été faites sur l'obturation de porcelaine est celle qui a trait à l'application imparfaite des blocs dans la cavité, préparée à fin d'obturation. Si bien que soit conduite l'opération, si parfaite que soit l'empreinte, disaient les critiques, entre autres M. Seigle, de Bordeaux, il est une chose que vous ne pouvez empêcher, c'est qu'un vide, correspondant à l'épaisseur de la feuille de platine, n'existe entre la cavité et le bloc. Ce vide est comblé par du ciment, matière essentiellement désagrégeable ; il y a donc là une menace pour l'avenir de l'obturation. Nous nous étions déjà fait à nous-mêmes cette objection et, pour contrôler, nous avions observé nos obturations de très près. La plupart, examinées à la loupe, ne révélaient nulle solution de continuité et nous avions fini par conclure ainsi : à la condition que la cavité soit préparée de manière à présenter très nettement la forme évasée, que ses bords soient nets et tranchants, la feuille de platine qui la moule, la reproduit, uniformément et sans y rien changer.

à un niveau différent. C'est un simple report, disions-nous. Quand nos obturations étaient moins parfaites nous déduisions logiquement de nos observations qu'il y avait eu faute opératoire dans la préparation de la cavité ou la prise de l'empreinte.

Les objections qui nous furent présentées par des tiers à Bordeaux nous impressionnèrent beaucoup plus vivement, à la réflexion, que celles que nous nous étions faites à nous-mêmes. Dès lors, l'idée de supprimer cette épaisseur de feuille ne nous quitta plus. Nos expériences furent commencées simultanément à Paris et à Pau, dès le mois de janvier 1901. Celles qui furent suivies par l'un de nous à Paris devaient fatalement aboutir plus rapidement, étant donné les facilités plus grandes qu'on rencontre dans une ville outillée pour tout tenter avec succès. Le problème était celui-ci : MOULER L'ENVERS DE LA CAVITÉ. Les résultats que nous avons obtenus sont entièrement satisfaisants. Toutefois, nous devons ajouter qu'il ne nous est pas possible de les reproduire encore en démonstration publique, la technique étant trop encombrée de longueurs inutiles. Néanmoins nous espérons commencer nos démonstrations dans quelques semaines.

Nous allons donner très succinctement le résultat de nos opérations, nous réservant de faire une communication plus détaillée lorsque la technique opératoire sera entièrement fixée.

Deux moyens se présentaient à nous : 1° mouler directement l'envers des cavités avec une feuille de platine; 2° utiliser la galvanoplastie pour obtenir ce moulage ; les deux nous ont donné des succès, mais le procédé galvanique ne nous les donne pas encore constants.

Technique opératoire. Moulage direct de la cavité. — Nous prendrons pour type la carie interstitielle qui présente le maximum de difficultés. L'écartement indiqué pour les procédés ordinaires étant obtenu, la cavité étant préparée suivant le manuel connu, nous appliquons très exactement sur les contours interstitiels de la dent un fragment de feuille de

platine mou au 1 de la filière, et nous pratiquons, à l'aide de la pince à percer, quelques trous en regard de la carie, la bavure à l'intérieur. Après avoir placé la digue nous savonnons soigneusement la dent et la cavité, que nous déshydratons ensuite avec de l'ouate hydrophile par tamponnement ; ceci fait, nous préparons une certaine quantité de ciment Harward, soigneusement malaxé, que nous pressons dans la cavité de manière à ce qu'il déborde sur la dent. La feuille de platine préparée *ad hoc* est appuyée sur la dent de manière à ce que les trous, que le ciment doit traverser, se trouvent exactement à la place qui leur a été assignée. Dès que le ciment est sec, on peut retirer l'empreinte, qui est facilement amenée au dehors grâce à la rigidité du platine épais qui lui sert de soutien squelettique. L'empreinte est placée sur un socle de plâtre destiné à faciliter le moulage de l'envers de la cavité qui se présente à la vue. On obtient, par ce moyen, une empreinte d'une finesse remarquable.

Le même résultat peut être obtenu avec du plâtre fin, à la condition de le durcir en le stéarinant ou en le boraxant avant de l'empreinter.

Observations. — Nous avons dit que nous nous servons d'une feuille épaisse pour soutenir l'empreinte et que cette feuille doit être appliquée très exactement sur la dent, mais seulement sur ses parties latérales. Cette exactitude est absolument nécessaire; en effet, il ne faut pas oublier que nous sommes en présence d'une carie interstitielle, et que le mauvais ajustage du soutien créerait ici une épaisseur supplémentaire nuisible à la sortie de l'empreinte. L'épaïsseur du ciment qui restera interposé, malgré tout, entre la face latérale de la dent et la feuille métallique sera suffisante pour indiquer la netteté des bords, à la condition que l'on n'appuiera pas la feuille métallique de façon à chasser entièrement tout le ciment.

Le soutien squelettique de l'empreinte devra former des deux côtés de la dent empreintée une courbe assez légère pour les raisons suivantes : les deux extrémités latérales de la feuille, si elles étaient trop rapprochées, pourraient s'opposer

à la sortie de l'empreinte ; leur rapprochement rendrait plus difficile le moulage de l'envers de la cavité. Un rapprochement à peine indiqué suffit pour laisser saillir les bords de l'empreinte définitive, ce qui est une condition essentielle pour obtenir un niveau exact dans la fabrication du bloc.

Prise de l'empreinte de l'envers de la cavité. — Nous ne décrirons pas tous les moyens que nous avons essayés. Nous allons seulement parler du dernier que, du reste nous ne considérons pas comme définitif :

L'empreinte de la cavité a été, nous l'avons dit plus haut, placée sur un socle de plâtre. Nous prenons une feuille épaisse de platine mou (1/2 d'épaisseur) que nous emboutissons avec une bouterolle représentant la forme de la cavité, pour éviter les crevasses et les replis ; puis nous brunissons contre les bords en retrait du moule avec le brunissoir aigu à béquille. Nous avons préalablement coulé sur notre moule une contre-partie en gélatine qui nous sert à appliquer définitivement et d'une façon très précise notre feuille de platine. L'empreinte qui doit servir à la fusion de la porcelaine est acquise et il ne reste plus qu'à opérer suivant les principes décrits dans la première partie de cette communication.

Il nous reste à faire ressortir les avantages de cette méthode :

1° Le moulage de la cavité à l'envers supprime l'épaisseur de la feuille de platine et permet d'obtenir un bloc ajusté quasi-microscopiquement ;

2° La feuille employée pour empreinter étant très épaisse, les dangers de fusion du platine pendant son contact avec la flamme oxydhrique sont annulés ;

3° Il devient possible, par les procédés, incomplètement mis au point, que nous nous réservons de décrire, d'incorporer dans la pâte des tenons de platine pour améliorer la rétention du bloc.

Nous gardons pour une communication ultérieure nos procédés de galvanoplastie, nos résultats étant encore trop

inconstants [1] pour que nous puissions les communiquer. Nous n'avons pas la prétention d'avoir entièrement résolu, au point de vue pratique, le problème des obturations exactes par les blocs de porcelaine; mais nous pouvons déclarer en toute certitude que nous sommes dans la bonne voie et que la solution définitive à la portée de tous n'est pas éloignée.

Discussion.

M. Cunningham regrette que M. Richard-Chauvin ait omis de signaler ses travaux personnels sur la porcelaine, critique Herbst sur sa méthode d'obturation de verre, rappelle ses essais avec le fourneau Fletcher et pense que la question de coloration des blocs de porcelaine est une question artistique qui ne peut être résolue que par une longue pratique.

M. Godon remercie M. Richard-Chauvin de sa communication qui complète si heureusement ses précédentes communications sur le même sujet. Il rappelle la séance de la Société d'odontologie dans laquelle il fixa les indications de l'emploi de la porcelaine, la limitant aux dents antérieures en réservant pour les dents du fond les obturations à l'or et l'amalgame qui sont plus solides et plus durables ; il signale la difficulté de la prise de l'empreinte et de la rétention du bloc de porcelaine. Rappelant le procédé de la double empreinte qu'il a préconisé, il indique une méthode d'empreinte partielle de la cavité, il laisse un assez grand vide occupé par de la cire ou de la gutta entre le fond de la cavité et la feuille de platine pour qu'il puisse être fait dans celle-ci quelques points de rétention qui n'empêchent pas la sortie de l'empreinte et dans lesquels vient se loger la porcelaine formant ainsi des petits tenons au milieu du ciment. On peut de plus par cette méthode sur laquelle il n'a encore qu'une courte expérience obtenir des bords plus soignés.

M. Touvet-Fanton rappelle sa méthode de prise de l'empreinte par l'emploi de la gutta, qui permet d'obtenir des bords rentrants en employant comme matrice le mélange de plâtre et de terre recouvert de borax.

M. Seigle critique la méthode Chauvin par la longueur du manuel opératoire et préconise l'emploi de la méthode Dawnie.

M. Sauvez signale ses insuccès au début de l'emploi de la méthode Chauvin, mais croit que cette méthode est une voie parfaite au point

---

1. Nous pouvons dire toutefois que c'est surtout grâce à la méthode galvanique qu'on pourra incorporer mathématiquement des attaches de platine dans la pâte.

de vue de l'esthétique et de la thérapeutique dans les caries du collet.

M. Lemerle relève les objections de M. Cunningham au sujet de l'omission de son procédé dans le travail de M. Chauvin.

M. Delair, président, remercie vivement MM. Papot et Lemerle des très intéressantes communications qu'ils viennent de présenter au nom de MM. Mendel-Joseph et Richard-Chauvin et lève la séance à 5 h. 40.

J. V.

(A suivre.)

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

CONCOURS POUR DES POSTES DE

PROFESSEUR THÉORIQUE DE DENTISTERIE OPÉRATOIRE.	PROFESSEUR SUPPLÉANT DE CLINIQUE DE CHIRURGIE DENTAIRE.	PROFESSEUR SUPPLÉANT DE CLINIQUE DE PROTHÈSE.

Programme et règlement.

Art. 1er. — Le Conseil d'administration de l'Ecole dentaire de Paris décide l'ouverture d'un concours pour :

1 poste de *Professeur théorique de dentisterie opératoire.*	2 postes de *Professeur suppléant de clinique de chirurgie dentaire.*	1 poste de *Professeur suppléant de clinique de Prothèse.*

Ces concours commenceront le 10 novembre 1901, à 9 heures du matin, à l'Ecole dentaire de Paris, 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

A cette séance, le Jury procèdera d'abord à l'examen des titres des candidats puis à l'épreuve clinique et communiquera une liste de huit questions, parmi lesquelles il en sera tiré une au sort pour la dissertation écrite. — Une seule question sera tirée pour l'ensemble des concurrents dans chaque concours.

Les dates des séances ultérieures seront fixées par le Jury.

Jury.

Art. 2. — Le Jury se compose de quatre membres, savoir :

Le Directeur de l'Ecole, Président.

3 *Professeurs de dentisterie opératoire* tirés au sort.	3 *Professeurs de clinique de chirurgie dentaire* tirés au sort.	3 *Professeurs dentistes* tirés au sort.

Un délégué du Conseil d'administration assiste aux opérations du Jury.

Épreuves.

Art. 3. — Le concours comprend :

1° Une épreuve sur titres comptant pour 45 points, savoir :

Titres universitaires.......... 5 points.

Titres dentaires (postes de préparateurs et démonstrateurs occupés antérieurement et services rendus à l'Ecole ou à la profession).......... 20 —

Travaux scientifiques.......... 20 —

Cette épreuve est subie d'après les dossiers remis par le secrétariat général et les explications orales qui pourront être demandées aux candidats.

2° Une épreuve clinique consistant en une leçon orale sur un malade au choix du jury. Le candidat aura un quart d'heure pour examiner ce malade et un quart d'heure pour exposer le résultat de son examen.

Cette épreuve compte pour 10 points.

3° Une épreuve théorique et pratique consistant dans les opérations suivantes :

Programme et exposé du cours. .... 20 points.	Exécution sur le malade de deux opérations indiquées par le jury et pouvant se faire séance tenante chaque opération.... 20 points. Cette épreuve compte ainsi pour. .... 40 points.	Préparation de la bouche, combinaison des appareils, prises d'empreintes et d'articulation... 20 points. Pose et retouches d'appareils. .... 20 points. Cette épreuve compte ainsi pour. .... 40 points.

4° Une épreuve écrite consistant en une dissertation sur un sujet tiré au sort dans une série de huit questions portées à la connaissance des candidats huit jours à l'avance. Trois heures seront accordées pour ce travail qui sera fait sans l'aide de livres ni de notes.

Les compositions seront lues le lendemain, en présence du jury, qui pourra argumenter les candidats sur le sujet traité.

Cette épreuve compte pour 20 points.

5° Une leçon orale de trois quarts d'heure sur un sujet donné par le jury. Les candidats auront trois jours pour la préparation de cette leçon et pourront, en la faisant devant le jury, s'aider de livres ou de notes. 30 points.

Classement.

Ar 4. — Le classement des candidats sera opéré d'après le nombre de points obtenus, dont le maximum est de :

115 points.	135 points.	135 points.

Minimum pour être admis : les 2/3 du maximum (épreuve sur titres exceptée). Ce minimum obtenu ne donne pas droit à la nomination.

Les points des titres des candidats seront fixés au début de l'examen, avant la deuxième épreuve.

A la fin de chaque épreuve les points obtenus seront proclamés.

Nomination.

Art. 5. — La nomination est prononcée et proclamée par le Conseil d'administration de l'Ecole, d'après les rapports adressés par le jury du concours, la Commission d'enseignement entendue.

Conditions d'admission au concours.

Art. 6. — *a)* Être âgé de 25 ans au moins ;

b) Jouir en France des droits civils et politiques ou être en instance pour obtenir l'admission à domicile ou la naturalisation ;

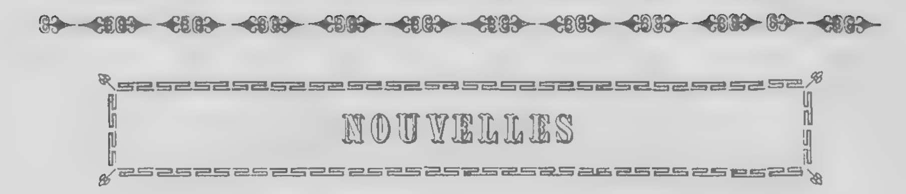
c) N'avoir commis aucun acte entachant l'honorabilité ;

d) Faire partie de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris ou avoir fait acte de candidature ;

e) Avoir fait acte de candidature huit jours au moins avant l'ouverture du concours dans une demande écrite contenant l'énumération des titres, qualités et travaux, ainsi que l'engagement de satisfaire aux obligations inhérentes au poste faisant l'objet du concours d'après les règlements en vigueur ;

f) Avoir le droit d'exercice légal en France.

Toutes les épreuves sont publiques, sauf l'épreuve sur titres. Toutefois, les élèves en cours d'études ne pourront y assister.



Postes vacants a l'Ecole dentaire de Paris.

Un concours sur titres pour le poste de *Chef du laboratoire de bactériologie* est ouvert actuellement à l'Ecole dentaire de Paris.

*
* *

Des concours, dont les programmes ont été publiés dans le n° du 15 mai dernier, auront lieu le 20 octobre prochain à l'Ecole dentaire pour :

Deux postes de *Chef de clinique de chirurgie dentaire ;*

Et un poste de *Chef de clinique de prothèse.*

*
* *

Des concours, dont nous publions les programmes ci-contre, auront lieu le 10 novembre prochain à l'Ecole dentaire pour :

Un poste de *Professeur théorique de dentisterie opératoire ;*

Deux postes de *Professeur suppléant de clinique de chirurgie dentaire ;*

Un poste de *Professeur suppléant de prothèse clinique.*

*
* *

Un concours sur titres est également ouvert pour plusieurs postes de démonstrateurs de prothèse.

*
* *

Les candidats à ces différents postes sont priés de se faire inscrire au plus tôt au Secrétariat de l'Ecole.

ADRESSES UTILES

L'Évolution de l'Art dentaire. — L'ÉCOLE DENTAIRE, son histoire, son action, son avenir, par le Dr Ch. Godon, directeur de l'École dentaire de Paris. 1901, 1 vol. gr. in-8, 366 pages et planches. 10 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

L'auteur passe d'abord en revue l'évolution de l'art dentaire à travers les âges. Il nous montre qu'à toutes les époques, dans les civilisations des Egyptiens, des Grecs, des Romains, des Arabes, l'art dentaire a été exercé par des spécialistes, comme il l'est de nos jours. Il divise cette partie historique en une période pratique et une période scientifique. La première remonte à la plus haute antiquité pour se terminer à la fin du XVIIe siècle ; la seconde débute en 1727 par la publication du premier ouvrage d'art dentaire « *Le Chirurgien-Dentiste* » de Pierre Fauchard et se poursuit avec la fondation de la première société odontologique et surtout de la première école dentaire en 1839 aux Etats-Unis.

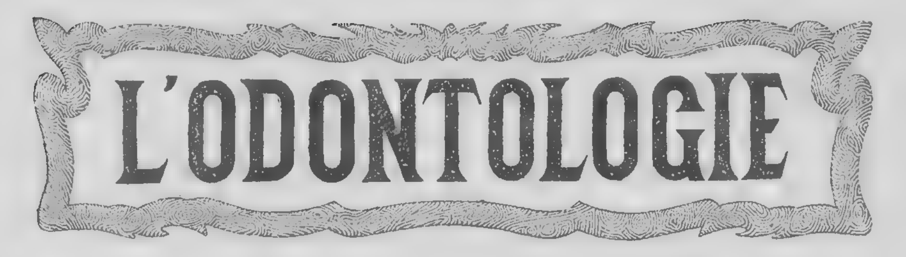
L'odontologie, science nouvelle, réalise des progrès rapides et importants pendant les soixante dernières années, grâce à la multiplicité des écoles dentaires créées dans tous les pays (elles sont actuellement au nombre de plus de 150). Le compte rendu sommaire que donne l'auteur de l'important Congrès dentaire international tenu à Paris au mois d'août 1900, et qui s'est terminé par la constitution d'une Fédération dentaire internationale, permet de constater ces résultats.

Dans la deuxième partie de son étude l'auteur a pris surtout pour type de l'évolution scientifique de l'odontologie l'École dentaire de Paris, dont il raconte l'histoire. Il nous fait apprécier l'influence qu'elle a exercée sur la renaissance des études odontologiques en France par les œuvres dont elle a provoqué la création et le développement, et auxquelles est due la situation sociale du nouveau chirurgien-dentiste créé par la loi sur la médecine du 30 novembre 1892.

Deux tableaux synoptiques du programme d'enseignement, l'un de l'année 1880, l'autre de l'année 1900, placés à la fin de l'ouvrage, résument les progrès réalisés pendant ces vingt dernières années. Une troisième partie est consacrée à l'avenir de l'enseignement et des écoles dentaires.

L'ouvrage se termine par des conclusions qui représentent les principaux desiderata des chirurgiens-dentistes de tous les pays.

21e ANNÉE. N° 19 15 OCTOBRE 1901 VOL. XXVI



L'*Odontologie* est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

BULLETIN

Pendant que les délégués de la Fédération dentaire internationale, préoccupés des intérêts généraux de leur profession, se réunissaient à Londres pour discuter les meilleures méthodes d'enseignement dentaire et que les représentants des écoles dentaires françaises, animés des mêmes sentiments, se rendaient au Congrès d'Ajaccio, les stomatologistes, sans rien changer à leurs habitudes, s'employaient à arranger leurs petites affaires particulières.

La Revue de stomatologie *nous a mis au courant de ces faits en deux articles, portant comme toujours la signature de M. Cruet, le perpétuel champion du clan.*

Dans le premier, qui pourrait s'intituler La maladresse, *celui-ci trace aux stomatologistes un programme d'action pour cette année. C'est écrasant! Il ne s'agit de rien moins en effet que de fixer la date des futurs concours pour les nominations des dentistes des hôpitaux, de procéder à une organisation harmonieuse — oh! combien! — des services dentaires dans ces hôpitaux, d'y régulariser et d'y contrôler le stage des futurs médecins-dentistes.*

Faisons remarquer tout de suite que cette dernière proposition — un vrai pavé — anéantit complètement les affirmations du doyen de la Faculté de médecine, qui prétendait, il y a

deux mois, que « dans les services dentaires hospitaliers le contrôle des présences est organisé, et que les certificats n'y sont délivrés qu'à bon escient ».

C'est là, Monsieur, une maladresse; aucun de nous ne vous avait demandé d'infliger un tel démenti à M. le doyen, et si vous y teniez absolument, il fallait le faire moins publiquement. Mais, passons.

Cette première partie du programme constituant déjà un effort cérébral très réel, au-dessus des aptitudes de sa galerie, le grand pontife juge à propos d'entretenir l'ardeur ambiante par une amorce dont l'effet lui paraît de nature à rallier tous les suffrages. Il s'empresse donc d'ajouter que le moment lui semble favorable pour chercher à introduire des stomatologistes dans tous les services dentaires de l'Assistance publique et dans tous les établissements dépendant de l'Administration, ainsi que dans les écoles de tous ordres. Il n'y va pas de main-morte. Ah ! mais c'est que le maître a bigrement de créatures à caser ! L'œuvre à laquelle les chevaliers du drain sont conviés n'est pas très compliquée, ainsi qu'on peut en juger ; mais il n'y a pas lieu de nous en étonner, car, depuis leur création par Magitot, ils nous ont offert le spectacle du désarroi le plus complet, pataugeant dans les idées les plus bizarres pour essayer d'accréditer leur qualité de stomatologistes, alors qu'en dehors de leur vice-président aucun d'eux n'y entend goutte et que tous se bornent à être des dentistes, et quels dentistes !

Le second article offert à nos méditations est bien plus..... amusant encore : le chef de la caste stomatologique s'y mêle au débat sur l'enseignement dentaire — c'est une révélation — et il donne sans façons son opinion sur une partie de l'enseignement pour laquelle on le croyait loin d'être préparé : il s'agit en effet de la prothèse ! Aussi l'auteur entremêle-t-il une foule de choses qu'il n'a pas eu le temps de s'assimiler. C'est ainsi qu'il appelle ingénument « 3e Congrès dentaire international » la réunion tenue en août dernier à Londres par les délégués de la Fédération dentaire internationale. Voilà ses lecteurs renseignés ! A notre avis, quand on n'est pas au

courant d'un fait professionnel de cette importance, mieux vaut n'en point parler.

Le reste de son élucubration est à l'avenant. Entrant dans son sujet, il s'étonne que des professeurs qui depuis plus de vingt ans s'occupent d'enseignement en soient encore à chercher les moyens propres à former des dentistes parfaits.

Lui n'a pas d'hésitation : simplement, sans aucune préparation, sans jamais s'être occupé d'enseignement, il établit qu'il n'est pas nécessaire de courir si longtemps et si loin pour trouver la vérité. Il aurait pu s'en tenir là; mais cela lui a sans doute paru un peu court, puisqu'il se met ensuite à discuter sur ce même enseignement. Citons-le pour n'en rien perdre:

« Je prétends que les Écoles dentaires et que l'enseignement spécial qui ont été le résultat immédiat et logique de la loi de 1892 ont pour objet capital de faire des dentistes connaissant à fond la prothèse, la pratiquant avec art et l'élevant à un degré de perfection qu'elle ne connaissait pas jusqu'alors. »

Cela débute par une erreur tellement grossière qu'elle ne peut qu'être voulue. En effet, ce ne sont pas les Écoles dentaires ni l'enseignement spécial qui ont été le résultat immédiat et logique de la loi de 1892, mais bien la loi de 1892 qui a été le résultat immédiat et logique de la création et du développement des Écoles dentaires et de l'enseignement spécial, puisque les deux premières écoles ont été créées en France en 1879 et 1884 et que les législateurs ont attendu 1892 pour voter la fameuse loi, que je trouve néfaste comme M. Cruet, mais à un tout autre point de vue.

Quant au fond, chacun sait que les Écoles dentaires n'ont pas eu seulement pour but, avec leur enseignement spécial, de former des dentistes connaissant à fond la prothèse ; elles ont eu des visées beaucoup plus hautes et que, seuls, des intéressés persistent à vouloir ignorer : elles ont cherché à réaliser ce dont ces gens se soucient comme une autruche d'une brosse à dents : le dentiste complet.

D'ailleurs, les opinions du leader stomatologiste varient suivant les circonstances; c'est ainsi qu'en 1899, dans la

même Revue de stomatologie *du mois de mai, p. 4, il disait : « Il ne faut dédaigner aucune des questions techniques, mécaniques, manuelles même, qui ont une si grande importance dans l'exercice d'une spécialité. » Aujourd'hui il trouve que c'est « la partie la moins importante de notre spécialité ».*

Plus loin il prétend qu'on ne peut être mécanicien et dentiste, que les Écoles poursuivent inutilement ce but et que la prothèse y est négligée. Il est certain que si le Maître *s'est borné à tourner ses regards dans son entourage, il a dû avoir cette conviction ; mais, au fond, il sait à quoi s'en tenir, et nous le soupçonnons fort d'avoir généreusement avancé cette assertion pour atténuer les reproches adressés à ses commettants. Toutefois, comme il ne peut décemment en convenir, il nous assure que la décadence de la prothèse lui est affirmée :*

1° Par les résultats des examens ;

2° Par les propres aveux des examinés ;

3° Par la lecture du programme des écoles.

Écartons les deux premiers examens, au sujet desquels les examinateurs ont souvent déclaré que les étudiants y font tout aussi bonne figure que ceux qui se présentent au doctorat.

Quant au 3e examen, tombé aux mains des stomatologistes, s'il est déplorable, c'est du côté des examinateurs et non des examinés.

Ceux-là ont mis la plus mauvaise grâce, la nonchalance la plus évidente à empêcher les candidats de le passer sérieusement.

Après avoir supprimé les quelques épreuves susceptibles d'affirmer la valeur des candidats, ils ont ensuite éliminé jusqu'aux opérations préliminaires à la prothèse. Pourquoi ? Les uns prétendent que c'est parce qu'ils n'y entendent rien et qu'ils ont éloigné le calice ; les autres affirment que c'est pour détourner les élèves des travaux pratiques, en montrant leur inutilité pour l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste, tel que la Faculté l'a laissé choir. En tout cas, comme il n'existe pas d'épreuve technique, comment les examinateurs ont-ils pu constater la médiocrité des candidats en prothèse ?

Mystère et polémique tendancieuse !

*
* *

Quant aux aveux des élèves, un exemple suffira pour montrer comment on les obtient et par conséquent ce qu'ils valent. A l'une des dernières sessions, un candidat sorti de notre école se présente devant un examinateur stomatologiste. Celui-ci, en examinant négligemment le dossier du candidat, aperçoit un certificat de scolarité d'une école étrangère. Le dialogue suivant s'engage :

L'Examinateur : « *Je vois dans votre dossier que vous êtes resté deux ans à l'Ecole de X. ; pourquoi l'avez-vous quittée pour venir à celle de Paris ?* »

Le Candidat : « *Parce que j'ai pensé que dans une grande ville comme Paris et dans une école où l'on soigne un si grand nombre de malades, je trouverais beaucoup plus de cas intéressants et que j'aurais par conséquent de meilleurs éléments d'études.* »

L'Examinateur : « *Oui, vous avez des éléments,* mais vous n'avez personne pour vous enseigner !!

» *Parlez-moi des deux écoles !!!* »

Je ne sais si le candidat est alors entré dans la voie des aveux, mais je crois que, s'il l'a fait, il a dû s'arranger de manière à mériter promptement la bienveillance de cet examinateur dont les intentions sautaient aux yeux. Indépendamment, d'ailleurs, de ces élèves réguliers, notre grand observateur a pu trouver dans son entourage certaines indications précises sur l'enseignement à l'Ecole ; il lui a suffi d'interroger quelques-uns des docteurs en médecine qui ont passé plusieurs mois dans nos écoles et qui ont pu lui dire combien le séjour du laboratoire de prothèse leur était devenu pénible. Entrés bravement dans ce laboratoire, que M. Cruet appelle l'atelier, « *ce qui lui donne une vague apparence de dentiste* », *ils ont vaillamment endossé la blouse, certains même s'étaient munis d'une solide paire de gants, et ils ont voulu se mettre au travail. Mais voyez combien les meilleures volontés sont souvent insuffisantes ! Ils se sont vite aperçus que le travail du plâtre est malpropre, que la taille du modèle amène des callosités aux mains,*

et leur zèle n'a pas tardé à s'en ressentir ; mais leur stupéfaction a été grande quand ils ont appris qu'aucun stomatologiste ne s'étant encore occupé de la question, il n'existe pas de pinces autres que celles que nous fournit la nature pour tenir les dents pendant leur ajustement au tour.

Ils ont bien vite compris que ces travaux pratiques relèvent uniquement de l'artisan, de l'ouvrier d'art, comme dit M. Cruet, et non du médecin, qu'ils étaient déplacés dans ce milieu qui doit rester l'apanage du mécanicien, et ils n'ont plus reparu.

*
* *

Enfin, la lecture du programme des écoles a eu sur lui un effet soporifique tout particulier, puisque cette lecture l'a endormi au point le plus intéressant, ce qui l'a empêché d'en prendre connaissance jusqu'au bout.

S'il avait comparé un seul instant la nomenclature des travaux qui sont exigés des élèves des Ecoles dentaires avec ce qu'on demande aux candidats au doctorat, il aurait pu constater que les dentistes sont infiniment mieux préparés à exercer leur art que les médecins, lesquels, en fait d'exercices, se bornent à écarquiller leurs yeux sur le travail exécuté par leurs maîtres, sans mettre jamais la main à la pâte.

Ils ne deviennent des praticiens que plus tard, de sorte que nous nous demandons si les stomatologistes, qui n'ont exercé la médecine ni avant ni après leur doctorat, méritent même la qualification de médecins. Et ce sont ces gens qui prétendent régenter l'art dentaire !

Il existait, il existe encore aujourd'hui, trois catégories de personnes exerçant l'art dentaire : les docteurs-dentistes, les chirurgiens-dentistes ou les dentistes et les mécaniciens-dentistes. Des docteurs-dentistes — je ne parle pas de ceux qui se sont soumis à des études spéciales complètes, car ceux-là je les considère comme des dentistes — des docteurs-dentistes, dis-je, représentés dans ce débat par les stomatologistes, on peut affirmer qu'ils ne possèdent aucune connaissance en prothèse, puisqu'ils ne font nulle étude, ne subissent aucun examen établissant leur compétence en cette matière. La clinique de prothèse elle-même, c'est-à-

dire celle qui devrait surtout leur être familière, leur est parfaitement inconnue. Je n'en veux pour preuve que leur silence obstiné sur cette partie prédominante de la prothèse. D'ailleurs, de nouveaux principes formulés récemment la dominent.

Le premier l'a été par M. Cruet, qui écrivait en substance : si vous voulez apprendre la prothèse, il faut poser beaucoup d'appareils ; *ce conseil ne l'engageait d'ailleurs à rien, mais pouvait laisser ses confrères perplexes.*

Le deuxième l'a été par M. Brouardel, qui dans une séance du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, s'écriait : « En prothèse, la prise de moulage ne signifie rien en elle-même ; ce qui est délicat, c'est la confection de l'appareil prothétique, *d'après le moulage. » Je crois qu'avec ces deux principes l'art, comme dit M. Cruet, ne disparaîtra pas, car les stomatologistes n'ont qu'à les appliquer.*

*
* *

Nous n'avons pas à rappeler nos efforts pour faire progresser cette partie importante de notre profession qu'est la prothèse; tout notre passé en témoigne; mais il peut être intéressant de connaître pour quelles raisons les titulaires des services dentaires hospitaliers, qui devraient occuper le premier rang parmi les prothésistes, se soustraient régulièrement à leur devoir, alors qu'ils ont constamment l'occasion de justifier leurs prétentions en prothèse en employant ces connaissances à soulager les malades atteints d'affections dont le traitement opératoire nécessite un appareil. La prothèse des maxillaires leur est du reste tout aussi étrangère que la prothèse restauratrice et que la prothèse orthopédique, qu'ils pourraient également appliquer s'ils le voulaient et s'ils le savaient.

Mais on sait que dans ce milieu, la prothèse a depuis longtemps fait faillite.

P. MARTINIER

ADRESSES UTILES

La ligne : 20 francs par an, }
Lignes en sus : 10 fr. la ligne. } **dans 24 numéros.**

C. Ash et fils (*Fourn.gén.*) 22, rue du Quatre-Septembre, PARIS. **TÉLÉPHONE 294.47.**
Dr Bengué (*Anestile*), 47, rue Blanche, PARIS.
Billard, L. Lemaire, sr (*Fourn. gén.*), 4, pass. Choiseul, PARIS. **TÉLÉPHONE 264,30.**
Comptoir international (*Fourn. gén.*), 15, avenue Fonsny, BRUXELLES.
Contenau et Godart fils (*Fourn. gén.*), 7, r. du Bouloi, PARIS. **TÉLÉPHONE 214-53.**
A. Debraux, profr (*Cert. d'Et. exigé des dentistes*), 17, faub. Montmartre, PARIS.
J. Fanguet, Georges Clotte, succr (*Impressions en tous genres*), 28, rue d'Enghien, PARIS.
Vve Jules Friese (*Fournitures générales*), 3, rue de Londres, PARIS.
Alfred Joliot (*Fourn. gén.*), à la Cloche, 193, rue St-Martin. **TÉLÉPHONE 271.51.**
Colin Logan fils (*Fourn. gén.*), 113, rue Réaumur, PARIS. **TÉLÉPHONE 288.79.**
L. Mairlot (*Fourn. génér.*), 24, pl. Sainte-Gudule, BRUXELLES. **TÉLÉPHONE 1429.**
Mamelzer et fils (*Manufacture dentaire*), 40, rue Croix-des-Petits-Champs, PARIS.
Al. Maylaënder (*Reliures en tous genres*), 67, rue Daguerre, PARIS.
A. Mellottée, imprimeur de *L'Odontologie* à CHATEAUROUX.
P. Périé fils (*Fournitures générales*), 7, place Lafayette, TOULOUSE.
B. Platschick (*Prothèse à façon*), 3, rue Ventadour, PARIS. **TÉLÉPHONE 222.82.**

Reymond frères (*Fournitures générales.*)
- 22, rue Le Peletier, PARIS.
- 44, place de la République, LYON.
- 69, rue de la Croix-de-fer, BRUXELLES.
- 3, rue Petitot, GENÈVE.

Victor Simon et Cie (*Four. gén.*), 54, rue Lamartine, PARIS. **TÉLÉPHONE 269-45.**

Société Française de Fournitures Dentaires. { 58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris — **TÉLÉPHONE 214-47.** — 45, r. de la République, Lyon. } *Grande exposition*, au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes.

Syndicat Français (*Recouvrements d'honoraires*), 131, boul. Sébastopol, PARIS.
Vve J. Wirth (*Manufacture dentaire*), 222-224, avenue Philippe-Auguste, PARIS.

FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE

Séance du mardi 10 septembre 1901

Tenue au Collège Fesch, à Ajaccio

Présidence de M. Ch. Godon.

La séance est ouverte à trois heures.

M. le président prononce une courte allocution exposant le programme des questions à étudier.

M. Sauvez, secrétaire général, donne lecture :

1° Du procès-verbal de la séance du 25 juin. (Adopté.)

2° De celui de la séance du Comité exécutif de la même date. (Adopté.)

3° De la correspondance.

Il est procédé à la vérification des pouvoirs des délégués. Il en résulte que :

L'Association générale des dentistes de France est représentée par M. Coignard (de Tours) ;

L'École dentaire de Paris, par MM. Godon, Papot, Viau ;

La Société d'Odontologie de Paris, par MM. Lemerle, Sauvez ;

L'École odontotechnique, par M. Siffre ;

L'École dentaire de Lyon,
La Société d'Odontologie de Lyon, } par M. Vichot ;

L'École dentaire de Bordeaux, par MM. Rolland et Seigle.

M. Sauvez présente le rapport suivant, qui est adopté.

Messieurs et chers confrères,

Pour la première fois depuis sa naissance la Fédération dentaire nationale tient une session en province, je pourrais presque dire aux colonies.

Cette première session sera suivie d'une session analogue tous les ans, qui aura lieu en même temps et au même endroit que les réunions de la Section d'odontologie de l'Association française pour l'avancement des sciences.

Il nous paraît nécessaire, à cette première session provinciale, de faire un historique rapide de la genèse de cette Fédération, afin de mettre au courant les membres qui n'ont pas assisté à nos réunions parisiennes. C'est en leur en montrant la genèse qu'ils en comprendront le but.

Dès 1889, MM. Godon et Dubois commencèrent, en vue du 1er Congrès dentaire international, à réunir les diverses

sociétés professionnelles qui existaient en France. Ce fut là la première ébauche d'une tentative de réunion des membres appartenant aux groupements divers. Cette union fut d'ailleurs temporaire, passagère, et le lendemain du Congrès, les uns et les autres, au lieu de rester unis, retournaient à leurs groupements respectifs.

En 1893 M. Godon prit l'initiative d'une réunion des sociétés professionnelles, à l'occasion de la délégation que la France devait envoyer au 2e Congrès dentaire international qui se tenait à Chicago. Cette réunion eut lieu chez notre doyen, aujourd'hui disparu, M. Lecaudey. Trois années se passèrent avant qu'une nouvelle occasion de réunion survint.

En 1896 notre malheureux confrère Paul Dubois, qui fut si tôt ravi à notre profession, prit, d'accord avec son ami M. Godon, l'initiative du premier Congrès national, et, dans ce but, les diverses sociétés dentaires françaises furent appelées à se réunir pour participer à ce Congrès, dont j'eus l'honneur d'être secrétaire.

Ce fut dans la belle ville de Bordeaux qu'eut lieu la première réunion des dentistes français, groupés, cette fois non plus pour s'occuper de rapports avec l'étranger, mais pour travailler en commun les parties théorique, pratique et sociale de notre profession.

L'année suivante, en 1897, un Congrès eut lieu à Nancy ; en 1898 le Congrès se tint à Paris et en 1899 à Lyon.

Nous continuons dans cette session de 1901, à Ajaccio, la série de ces Congrès nationaux, avec le patronage scientifique et les avantages matériels de l'Association française pour l'Avancement des sciences.

Mais, pendant que se tenaient ces diverses réunions qui ont constitué le début de la Fédération, il se préparait un grand événement professionnel: je veux parler du Congrès international de 1900.

C'est à ce moment surtout qu'on put constater que toutes les nations chez lesquelles la profession dentaire est arrivée au point le plus élevé, possèdent une organisation professionnelle très simple et très utile tout à la fois pour les

relations des sociétés nationales entre elles et pour les relations avec les pays étrangers.

Les sociétés nationales, tout en gardant chacune leur autonomie, leur initiative, leur indépendance, sont réunies en une fédération de sociétés constituant la Fédération dentaire nationale du dit pays. La préparation du Congrès de 1900 nous a amenés à favoriser la création, dans les pays où les Fédérations n'existaient pas, de Comités nationaux formés par la réunion des délégués des diverses Sociétés nationales de chaque pays. C'est encore la préparation de ce Congrès qui a provoqué en France la création de la Fédération dentaire nationale, puisque l'École dentaire de Paris, qui a pris l'initiative du C. D. I. de 1900, a fait appel aussitôt à l'École odontotechnique, ainsi qu'à toutes les autres Écoles et Sociétés existant à ce moment en France. Chaque Société adhéra à l'œuvre commune et nomma des délégués pour la Commission d'organisation du Congrès. On peut donc dire que la Fédération dentaire française a été fondée définitivement en l'année 1898, par la réunion de toutes les Sociétés françaises qui s'étaient groupées dans le but déterminé de préparer la grande réception des étrangers.

Les diverses Sociétés n'avaient eu jusque-là que quelques rares réunions; elles se tenaient assez éloignées les unes des autres et trop souvent montraient des sentiments peu sympathiques les unes envers les autres. Elles se réunirent rapidement entre elles à l'approche de 1900, comme jadis les groupements les plus divers au point de vue de la race et des idées se fédérèrent, se réunirent pour ne présenter aux étrangers qu'un faisceau uni, compacte, *la Nation*. Mais, cette fois, ce n'était pas pour lutter contre l'étranger que cette union se produisait : c'était, au contraire, pour recevoir les 700 étrangers venus pour assister à notre Congrès de 1200 membres, c'était pour collaborer à l'organisation d'une grande assemblée de travail et d'union professionnelle internationale.

La Fédération, cette fois, était constituée. Le Congrès décida la persistance des fédérations nationales qui avaient

été créées à son occasion (assemblée générale du 15 août 1900), et la réunion de ces fédérations nationales constitue la Fédération dentaire internationale, représentée par un Conseil exécutif et possédant plusieurs commissions internationales qui se sont réunies pour la première fois cette année à Londres et à Cambridge.

Durant l'année courante plusieurs réunions de la Fédération nationale ont eu lieu. La plupart des Sociétés dentaires des diverses régions ont adhéré à la Fédération et, comme vous l'avez vu par la lecture du procès-verbal, un règlement a été élaboré.

La lecture de ce règlement vous a mis au courant du but de la Fédération. Vous avez pu voir par l'ordre du jour qui vous a été adressé les diverses questions qui préoccupent votre bureau. Vous êtes donc au courant des faits principaux. Je crois en conséquence préférable d'écourter ce rapport le plus possible pour vous laisser le temps de discuter dans cette session diverses questions qui sont toutes d'une importance considérable pour l'avenir de la profession en général, et surtout pour l'avenir de l'enseignement. Je crois que nous pouvons tous être heureux de voir enfin installée, d'une façon durable, cette réunion, cette fédération des Sociétés dentaires de notre pays, qui seule peut permettre de réaliser les desiderata nombreux des diverses Sociétés, en nous basant sur le vieux proverbe: l'union fait la force.

M. Godon demande que le bureau soit chargé d'organiser une session à Paris en mars ou en avril prochain. (Adopté.)

Il propose de maintenir en fonctions le bureau et le Comité exécutif et de renvoyer à la prochaine session la nomination du bureau et du Comité exécutif. (Adopté.)

Il propose également qu'on décide la création d'un Bulletin spécial de la Fédération dentaire nationale, contenant les statuts, la marche de la société, les procès-verbaux, la liste des sociétés adhérentes, etc. Cette publication renseignerait les membres qui désirent être éclairés sur la genèse et la marche de la Fédération. (Adopté.)

M. Viau demande que ce bulletin serve en même temps de convocation. (Adopté.)

M. Godon demande que le bureau soit chargé de réorganiser les

différentes commissions existant au moment du Congrès de 1900. Ces commissions seraient chargées de présenter des rapports à la prochaine séance.

M. Sauvez pense que la commission la plus importante est certainement celle de l'enseignement ; il propose qu'elle soit constituée avec les directeurs des quatre écoles adhérentes, plus le secrétaire général de la Fédération.

M. Godon préférerait voir le directeur ou son représentant et un délégué par école, et il est d'avis d'adjoindre les membres de la précédente commission nommée à l'occasion du Congrès de 1900.

Conformément à ce vœu la Commission d'enseignement est ainsi constituée :

MM. Martinier et Richard-Chauvin.
Queudot et Siffre.
Rolland et Brugeille.
Pont et Vichot.
Roy, Papot et Bruel.

Le président et le secrétaire général de la Fédération font partie de droit de toutes les commissions. Le bureau est autorisé à accepter les délégués désignés par les sociétés adhérentes en remplacement de ceux indiqués ci-dessus.

La question du service militaire est renvoyée à la 8e commission (hygiène et services dentaires publics). Sont désignés pour en faire partie : MM. Lemerle, Viau (Paris), Seigle (Bordeaux), Vichot (Lyon). Les sociétés adhérentes non représentées seront priées de vouloir bien compléter cette commission.

M. Godon expose que les préoccupations principales de la profession sont :

1° L'instruction technique des jeunes au moyen de l'école ;

2° L'instruction mutuelle des aînés par les Sociétés d'odontologie ;

3° La défense des intérêts matériels par les Syndicats ;

4° La diffusion et la vulgarisation des idées et des méthodes nouvelles par les journaux professionnels.

Ces quatre points forment pour ainsi dire pour chacun des groupements une cité odontologique.

La réunion des différentes cités constitue la Fédération.

Il est bon, pour assurer le recrutement et accentuer le développement de ces cités, que, dès son entrée dans une école, l'élève soit considéré comme membre du groupement de cette école. La seule restriction à faire à cette proposition consiste à décider qu'il ne pourra exercer le droit de vote qu'après la fin de ses études.

M. Godon constate la faillite de l'Etat dans l'organisation de l'enseignement dentaire et il informe la Fédération que l'Ecole dentaire de Paris a décidé de ne donner désormais son diplôme qu'aux can-

didats diplômés de la Faculté et venant faire à l'Ecole une quatrième année consacrée exclusivement à la technique de l'art dentaire.

M. le Dr Rolland. — La création d'une quatrième année est une excellente chose ; il y a nécessité d'assurer plus complètement les études techniques, mais ne craignez-vous pas de voir vos élèves s'abstenir de postuler votre diplôme lorsqu'ils auront celui de la Faculté ?

M. Sauvez. — Il faudrait savoir si la valeur d'un diplôme se mesure au nombre de ceux qui le possèdent ou à leurs qualités. Pour ma part, je préfère la qualité à la quantité.

M. Godon. — Autrefois, la profession étant libre, les jeunes gens consacraient bénévolement trois ans pour venir s'instruire. Maintenant ces trois années sont presque absorbées par les exigences médicales de la Faculté ; il est donc nécessaire qu'une année supplémentaire soit consacrée aux études techniques ; les avantages moraux et matériels qu'ils en retireront méritent bien qu'ils fassent ce léger sacrifice.

M. Lemerle demande que les bureaux de ces commissions, chargés d'étudier ces questions, soient nommés par correspondance. Il voudrait aussi que les élèves inscrits comme membres de l'Association fussent maintenus comme tels à titre gratuit pendant une année après la fin de leurs études.

M. Godon demande que le vœu suivant soit adopté :

« La Fédération dentaire nationale émet le vœu que les Écoles dentaires ne délivrent à l'avenir leur diplôme spécial qu'après que les candidats auront obtenu celui de l'Etat. »

M. Lemerle propose qu'on ajoute à ce vœu les mots « et suivi les cours d'une quatrième année d'études exclusivement techniques ».

M. Vichot approuve d'autant mieux qu'à l'Ecole dentaire de Lyon on avait l'intention de créer une année préparatoire.

M. Rolland. — On pourrait donner un diplôme unique pour toutes les écoles.

M. Godon. — Ce serait excellent.

M. Rolland. — Et avec un jury fédéral.

En conséquence la motion suivante résumant ces différentes propositions est adoptée.

La Fédération dentaire nationale émet les vœux suivants :

1° Que les Écoles dentaires ne délivrent à l'avenir leur diplôme spécial qu'après que les candidats auront obtenu celui de l'Etat ;

2° Et suivi les cours d'une quatrième année d'études exclusivement techniques ;

3° Que ce diplôme soit, pour les écoles fédérées, de rédaction uniforme et ne puisse être délivré qu'après un examen passé devant un jury fédéral composé de professeurs des dites Ecoles.

Le secrétaire général est prié de provoquer l'adhésion des sociétés non représentées à Ajaccio.

La Fédération s'ajourne à Paris au mois d'avril et la séance est levée.

E. P.

Le Bureau de la Fédération s'est réuni le jeudi 10 octobre à Paris, a adopté le procès-verbal ci-dessus et, confirmant les décisions qu'il relate, a décidé de leur donner la suite qu'elles comportent.

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

L'École dentaire des Iles Philippines.

Notre collaborateur et ami, M. Louis Ottofy, directeur de l'École dentaire de Manille (Iles Philippines), vient de nous annoncer l'adhésion de cette école à la Fédération dentaire internationale, en ajoutant qu'elle est prête par avance à accepter toute mesure adoptée par la Fédération dans le but d'élever le niveau de l'enseignement et de rendre les études plus complètes.

C. G.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT
DES SCIENCES




CONGRÈS D'AJACCIO

1901

SECTION D'ODONTOLOGIE

COMPTES-RENDUS SOMMAIRES PUBLIÉS PAR LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL,
Dr SAUVEZ.

Mercredi 11 septembre.

Séance de section à 8 h. 1/2 du matin.

Présidence de M. CH. GODON.

MÉTHODE NOUVELLE DE PROTHÈSE RESTAURATRICE VÉLO-PALATINE

Par M. DELAIR,
Chef de Clinique à l'Ecole dentaire de Paris

L'an dernier, au Congrès dentaire international de Paris, et depuis à la Société d'Odontologie, j'ai eu l'honneur de présenter quelques mutilés de la face portant des appareils imaginés et exécutés par moi et qui m'ont valu l'approbation de nos praticiens d'élite. Depuis lors, encouragé dans cette voie par de nombreux confrères, je me suis spécialisé à l'École dentaire de Paris dans l'art de la prothèse restauratrice et voué à sa vulgarisation.

A l'invitation pressante de mon vieil ami le Dr Godon, l'âme de notre première école dentaire française et qui mieux que personne sait trouver des arguments irrésistibles pour convaincre les hésitants et stimuler les timides, j'ai pris la résolution de présenter aujourd'hui à vos suffrages

éminents un procédé que j'emploie avec succès depuis de longues années pour remédier aux malformations vélo-palatines.

Les divisions palatines congénitales sont, vous le savez, fréquentes chez les deux sexes ; chaque année de nombreux conscrits sont exemptés du service militaire pour cette infirmité.

Je ne m'étendrai pas ici, votre temps étant précieux, sur la genèse de cette affection ; je ne vous parlerai pas non plus des divisions acquises, les effets étant les mêmes. Je vous rappellerai seulement que ceux qui en sont affligés sont en quelque sorte des parias au milieu de notre société. Peu communicatifs, ils se tiennent à l'écart de toute réunion, impuissants à vaincre une sorte de honte pour cette infériorité physique à laquelle ils sont à tout jamais condamnés.

Mais abrégeons. La staphylloraphie, l'uranoplastie, peuvent dans certains cas leur apporter du soulagement ; seulement le plus souvent l'état de ces malheureux ne peut être amélioré que par la prothèse. Nombre des nôtres se sont appliqués depuis près d'un siècle à rendre à ces déshérités l'existence moins pénible et ont réussi à leur faciliter l'acte si important de la déglutition. sinon à améliorer toujours la phonation.

Depuis A. Paré, qui le premier parla des obturateurs pour remédier à ces perforations, beaucoup des nôtres ont fait profiter ces malheureux du fruit de leur savoir-faire et de leur science.

Je ne vous citerai que les noms des principaux, car l'énumération et la description de leurs travaux, d'ailleurs connus de nous tous, me feraient trop m'écarter de mon sujet.

Delabarre, Schange, Ninck, Préterre, Stearns, Pillette, Guersen, Goldenstein, Michaëls, Kingsley, Gillard, Martinier, de Marion, le Dr Claude Martin, Guérini, Heïdé et bien d'autres encore ont prouvé au monde scientifique le souci qu'a toujours eu le chirurgien-dentiste de soulager ces déshérités de la nature.

L'appareil le plus simple, le plus répandu et le plus facile

à exécuter pour ces sortes de restaurations est celui que vous connaissez tous, c'est-à-dire une plaque palatine, en caoutchouc dur, terminée à sa partie postérieure par une languette de caoutchouc mou, le tout vulcanisé ensemble et ne formant qu'une seule pièce. Cet appareil est simple en effet à côté des appareils si ingénieux imaginés par l'Américain Kingsley et aussi par notre célèbre confrère le Dr Cl. Martin, de Lyon. Mais cet appareil simple, employé un grand nombre de fois surtout en France par notre devancier Préterre, ne donne que des résultats très imparfaits, car le voile de caoutchouc mou de forme concave, imitant le plus possible le voile naturel, ne suit pas les mouvements des débris de ce dernier.

Il en résulte, pendant certains mouvements de la déglutition ou de la phonation, une solution de continuité très préjudiciable à leur action physiologique.

L'appareil vélo-palatin creux, à poches d'eau du Dr Cl. Martin, donne à celui qui le porte une grande facilité de déglutition et de phonation par cette raison que la cavité naso-pharyngienne, intégralement close dans toutes ses parties, ne permet plus à l'air de sortir librement par les fosses nasales. Dès l'application d'un semblable appareil le son de la voix est modifié, l'intonation est plus sonore. Malheureusement l'exécution de cette pièce prothétique est d'une complication telle que le plus grand nombre reculent devant ce travail. De plus, le sujet auquel la pièce est destinée ne possède pas toujours la volonté tenace, la persévérance opiniâtre qui seules peuvent lui permettre de s'accoutumer à la longue à cet appareil volumineux.

Donc, étant admis incontestablement ce principe que : 1° le passage de l'air par les fosses nasales n'est pas absolument nécessaire à la respiration, si ce n'est pendant le sommeil; 2° l'obturation intégrale de la cavité naso-pharyngienne facilite la déglutition et la phonation, je suis arrivé à conclure qu'il nous suffirait, pour obtenir des résultats analogues à ceux du Dr Martin, d'intercepter simplement tout passage d'air par le pharynx.

C'est donc grâce à ce principe que j'ai imaginé d'abord, puis appliqué dans de nombreux cas — et après de persévérants essais — cet appareil de restauration vélo-palatine auquel j'ai cru devoir donner le nom de voile à clapet et que j'ai l'honneur de soumettre à votre compétence éclairée.

Mon voile en caoutchouc mou a les bords convexes et non concaves, comme cela s'est toujours fait. Il est relié à un appareil dentaire fixe en or par une charnière comme dans celui de Schange. Pour l'occlusion du pharynx il se relève en arrière des piliers postérieurs et se termine par une sorte de coupole ovale, dont les bords minces et souples épousent d'eux-mêmes, par simple contact, les moindres sinuosités du pharynx. Il se produit alors ce qu'en hydraulique on appelle le clapet, c'est-à-dire l'obstacle le plus simple au passage de l'air ou de l'eau.

Pendant les mouvements d'élévation des débris du voile naturel, je vous ai fait remarquer que les bords concaves d'un voile artificiel juxtaposés — avec charnière ou non — sur les restes de l'organe naturel ne sont pas hermétiquement joints avec ce dernier. Ma manière de faire obvie à cet inconvénient grâce aux bords relevés de mon voile, dont les ailes se modèlent très intimement à la muqueuse par leurs bords convexes.

Bien entendu, selon les sujets, selon la profondeur et la largeur du pharynx, les dimensions du clapet doivent être plus ou moins variables, et la pratique seule fait discerner la grandeur et la forme définitives du voile artificiel à appliquer. Il peut être très facilement remplacé par le sujet lui-même, quand le caoutchouc mou arrive à se détériorer ; j'ai imaginé à cet effet un petit mécanisme bien simple qui ne nécessite le secours d'aucun outil : les doigts suffisent.

Pour faciliter les mouvements d'élévation du voile artificiel et lui permettre de suivre ceux du voile naturel, une simple rondelle de caoutchouc mou sert de ressort ; elle est retenue par une tige à anneau surmontant la partie postérieure de la plaque-base et se fixe à un crochet soudé sur

un des deux écrous qui vissent le voile à la pièce postérieure mobile de l'appareil.

Je ne vous dirai pas qu'un sujet auquel un voile semblable est placé s'y accoutume *a priori*. Bien loin de là ! Quoique cet appareil soit beaucoup plus simple que celui auquel des sujets du D[r] Cl. Martin ont pu pourtant s'habituer, il n'en est pas moins vrai que la difficulté d'accoutumance est grande. Je vous dirai donc, pour abréger, que j'ai tourné cette difficulté en procédant pour ainsi dire par étapes et que j'ai eu l'avantage de démontrer l'évidence de cette méthode sur des sujets munis de mes appareils à ma clinique de l'Ecole dentaire de Paris.

Je pose donc, et d'abord, l'appareil dentaire base, en or autant qu'il est possible, supportant parfois des dents artificielles. Sitôt le sujet habitué à se servir de cette pièce, qui se termine au niveau de la face postérieure des dents de sagesse et sert parfois d'obturateur dans les cas de fissure totale de la voûte palatine, j'ajoute une languette de caoutchouc mou à bords convexes, que j'appelle demi-voile. Huit jours suffisent généralement pour l'accoutumance complète à ce vestige de voile, qui a 37 m/m de largeur, 22 m/m de profondeur et pèse 1 gr. 3 déc.

Ensuite je remplace ce n° 1 par le n° 2 ou voile ayant 42 m/m de largeur sur 31 m/m de profondeur et qui pèse 2 gr. 8 déc. Puis, environ huit jours après, je lui substitue le n° 3 ou demi-clapet qui est le diminutif du dernier, qui a 48 m/m de largeur, 42 m/m de profondeur et pèse 4 gr.

Enfin, sitôt les chatouillements disparus, c'est-à-dire une quinzaine de jours après, je fixe l'appareil à clapet définitif dont les dimensions sont : largeur 50 m/m, profondeur 46 m/m, poids 5 gr. 1/2.

Entre le voile et le clapet sont ménagées deux échancrures dans lesquelles se logent les piliers postérieurs. Aussitôt ce clapet adapté, le son de la voix change d'intonation, quoique la parole ne soit pas améliorée, au contraire. Le sujet, qui peu à peu s'est accoutumé au corps étranger

qui fait à son palais une sorte de pont, mange et boit cependant déjà mieux, l'isthme du gosier étant reconstitué ; il ne lui reste plus qu'à apprendre à parler et à corriger la défectuosité de sa prononciation, ce qui ne dépend plus que de lui et du temps. Mais le jeu des muscles, aidés par la volonté, se modifiant peu à peu, il arrive graduellement à parler d'une façon très distincte. De plus, l'expectoration et le moucher sont facilités.

Chargé du cours pratique de prothèse restauratrice à l'Ecole dentaire de Paris, je me propose d'initier à la prothèse vélo-palatine le plus grand nombre possible de nos futurs chirurgiens-dentistes, et j'espère que la vulgarisation de ce nouveau procédé permettra à beaucoup d'entre eux de se consacrer aussi, dans de très nombreux cas, à ces deux nobles tâches auxquelles chacun de nous ici concourt selon ses aptitudes : le soulagement de l'humanité et l'avancement de la science.

Discussion.

M. Sauvez loue M. Delair surtout de la progression obtenue pour l'accoutumance du malade par ses trois voiles de grandeurs différentes et de la simplicité de ses appareils. Il rend hommage à M. Delair pour ses travaux si intéressants, si complets dans cette branche si délicate de la restauration prothétique.

M. Godon rappelle quelques cas de sa pratique personnelle qui lui causèrent d'énormes difficultés d'exécution et loue surtout la simplicité de la confection de ces appareils et la progression de leur application.

M. Touvet-Fanton fait la communication suivante :

LE PROBLÈME RELATIF A LA DISPENSE DU PARALLÉLISME DES SOUTIENS MULTIPLES DANS LES APPAREILS DE RESTAURATION INTÉRESSANT LES MAXILLAIRES. — SA RÉSOLUTION. — CONSÉQUENCES SUR L'HYGIÈNE ET SUR LE JEU PHYSIOLOGIQUE DES ORGANES INTÉRESSÉS.

Par M. Touvet-Fanton.

I. *Pivot à rotule* (publié précédemment dans *L'Odontologie*).

II. *Rotule rétensive par forcement.*

C'est évidemment un devoir pour nous de chercher à réduire l'ampleur des appareils que nous utilisons dans notre branche chirurgicale ; mais c'en est un grand encore d'éviter les désordres qui peuvent résulter de leur application imparfaite. Celle-ci provient surtout des moyens défectueux employés pour maintenir les appareils, et nous connaissons tous les inconvénients qui résultent de l'usage de certaines succions, ou plus spécialement encore des systèmes d'attache tels que les « anneaux » et les « crochets », inconvénients qui devraient à l'époque actuelle nous faire considérer comme des moyens d'un autre âge ces procédés de fixation. Si ceux-ci sont quelquefois nécessaires, ce n'est pas moins entrer incontestablement dans la voie du progrès que de tenter de les supprimer autant qu'il est possible. Et cela, d'autant plus que les progrès de la thérapeutique dentaire nous permettent aujourd'hui de restaurer jusqu'aux derniers vestiges subsistants des organes naturels. Or, ces restaurations ne sauraient fournir à nos appareils des assises plus rationnelles.

Nous avons vu quel parti nous en pouvions tirer par l'application des pivots à rotule.

Un autre procédé de rétention, moins parfait peut-être que celui des pivots à rotule, mais d'application plus simple, puisqu'il supprime les pivots eux-mêmes, tout en pouvant aussi dispenser « *pratiquement* » du parallélisme des soutiens multiples, un autre procédé, disons-nous, peut leur être substitué ou bien leur être adjoint ou combiné avec d'autres systèmes de fixation.

Le petit instrument qui constitue ce procédé, « *la rotule rétensive par forcement* », « rappelle » par son fonctionnement le système d'attache que nous voyons journellement employer comme fermoir, soit d'objets de maroquinerie, soit même de vêtements féminins.

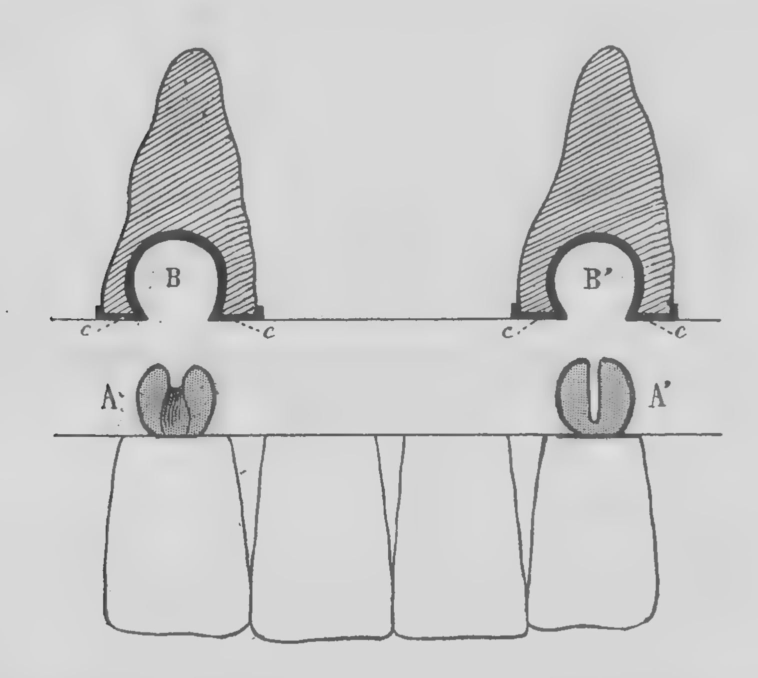
Il se compose de deux parties :

1° Un réceptacle creux (une cupule), petit, mais résistant, B, B', affectant un peu la forme d'un cône tronqué et renversé qui se scelle dans la racine. Son orifice, d'un dia-

mètre plus petit par conséquent que celui de la cavité interne, doit affleurer le plan horizontal réséqué de la racine.

Il est muni en rebord d'une mince feuille d'or, *c*, qui fait corps avec les parois du réceptacle et qui est destinée à coiffer la racine en même temps qu'on y scelle l'instrument;

2° Un bouton sphérique, massif, fendu ou échancré de



différentes manières A, A', muni d'une tige ou d'une petite plaquette par laquelle on le soude à l'appareil.

Ce bouton entre « à forcement » dans le réceptacle scellé dans la racine en produisant un déclic très net quand il entre entièrement à sa place, *le tout formant ainsi rotule.*

Le passage par forcement, qui serait permis par l'élasticité seule du métal, est encore facilité ici par celle de l'échancrure ménagée dans le bouton. De plus, cette échancrure a pour but de prévoir la compensation de l'usure.

La cupule est d'autant plus facile à fixer dans la racine qu'elle se trouve logée dans la partie la plus large de celle-ci et qu'elle n'expose pas l'opérateur, comme pour le place-

ment d'un tube de pivot par exemple, à un forage malheureux.

Le retrait s'exécute par une simple traction.

La stabilité est assez résistante pour que plusieurs rotules rétensives par forcement puissent au besoin suffire à mainnir très solidement un appareil, sans combinaison avec d'autres moyens de rétention.

Discussion.

M. Godon remercie M. Touvet-Fanton de ses communications sur la suppression du parallélisme des pivots par l'emploi des pivots à rotule et sur un nouvel appareil employé pour la rétention des appareils amovibles. C'est un travail excessivement intéressant, solidement argumenté par son auteur. M. Touvet-Fanton a raison dans sa critique des appareils inamovibles, mais on rencontre parfois des appareils de ce genre placés dans la bouche depuis 8, 10 ans et plus. Le procédé de M. Touvet-Fanton est la solution d'un problème résolu d'une façon mathématique et présentant un très grand intérêt.

M. Godon lit la communication suivante de M. Amoëdo.

LES DENTS DU PITHECANTHROPUS ERECTUS DE JAVA

Par le Dr Oscar Amoedo,
Professeur à l'Ecole dentaire de France.

En 1898 je donnai dans mon Traité sur *l'Art dentaire en médecine légale* une description anatomique des dents du Pithecanthropus erectus, description qui différait notablement de celle que les savants en avaient faite jusqu'ici. Je ne serais pas revenu sur ce sujet si cette question, si palpitante d'intérêt, n'avait pas suscité des travaux plus récents et d'un intérêt tout particulier.

Citons en première ligne les mémoires si documentés de G. Schwalbe, publiés dans le *Zeitschrift für Morphologie und Anthropologie*, t. I et II. Tout le monde a appris l'intérêt et l'appui que voulurent bien apporter à cette question l'empereur Guillaume II et un milliardaire américain, M. Vanderbilt.

Comme l'examen des organes dentaires a une importance de premier ordre dans le débat, nous avons cru devoir revenir aujourd'hui sur ce point et compléter notre première description. Nous considérons, en effet, qu'il est du devoir des chirurgiens-dentistes de prendre place dans la discussion, et puisque les fouilles nous ont mis en présence de quelques spécimens dentaires, d'apporter à la science la contribution qui nous est permise par la connaissance que nous devons avoir de ces organes. On a accusé si souvent notre profession d'empirisme que nous ne devons pas perdre une occasion de montrer les ressources que notre art peut fournir aux connaissances générales dans les relations de l'odontologie avec la science en général.

Je rappellerai d'abord brièvement l'historique de la question.

En 1891 M. le D[r] Eug. Dubois, médecin militaire hollandais, trouva à Java, dans un terrain qui appartiendrait au pliocène supérieur ou au quaternaire le plus ancien, des débris de squelettes consistant en une calotte crânienne, deux dents molaires et un fémur.

Dans la description (Pithecanthropus erectus, eine menschenaehnliche Uebergangsform aus Java, Batavia, Landesdruckerei, 1894) que M. Dubois donne de ces pièces, il les attribue à un animal intermédiaire à l'homme et aux grands singes anthropoïdes. C'est, d'après lui, le véritable précurseur de l'homme : le Pithecanthropus erectus.

M. Manouvrier, qui entretenait la Société d'Anthropologie de cette intéressante découverte (3 janvier 1895), fait remarquer que ces pièces trouvées par hasard sont justement celles qui peuvent donner le plus de renseignements sur le volume et la forme de l'encéphale, sur l'attitude du corps et sur l'importance des maxillaires par rapport au crâne.

Ces trois pièces, dit-il, sont presque exactement celles que j'aurais choisies pour m'éclairer sur la question, s'il m'eût été permis d'en choisir trois seulement sur un squelette entier.

Laissant de côté tout ce qui ne cadre pas avec l'étude des dents, je m'occuperai de la molaire trouvée non loin du crâne.

C'est une troisième molaire supérieure, continue M. Manouvrier, dont la surface triturante seule rappelle l'aspect d'une dent humaine ; son volume, la direction antéro-postérieure de sa couronne et l'écartement considérable de ses racines, ne permettent pas de l'attribuer à un homme.

D'autre part, elle diffère des dents de gorille et de chimpanzé.

M. Manouvrier a cherché dans les collections du Musée Broca s'il ne trouverait pas une dent aussi développée. Après avoir passé en revue une centaine de crânes de nègres d'Afrique et d'Océanie, il en découvrit une sur un crâne de Néo-Calédonien, de Kanala. C'est une troisième molaire inférieure, mais on sait que la dent de sagesse inférieure est généralement plus grosse que la supérieure. Cette dent est atteinte le plus souvent de géantisme, tandis que la supérieure au contraire est atteinte de nanisme. Quant à la troisième molaire supérieure, il n'en put trouver aucune approchant de la dent de Java, même dans la race nègre.

M. Manouvrier considère cette dent comme ayant appartenu soit à un anthropoïde, soit à un être humain d'une race disparue.

C'est en rapprochant le volume de cette dent des petites dimensions du crâne que M. Dubois a cru pouvoir dire qu'on se trouvait en présence d'un ancêtre de l'homme, le plus ancien de ceux connus jusque-là.

Je n'entrerai pas dans le débat qui s'est élevé entre les savants au sujet de ce crâne.

Les uns, Cunningham, Turner, en Angleterre, le considèrent comme un crâne humain ; d'autres, Kraüse, Virchow, Luschan, Waldeyer, croient qu'il a appartenu à un anthropoïde.

M. Manouvrier, tout en observant une certaine prudence, attribue une grande importance à la découverte de M. Dubois et se rallie, en somme, à son opinion. Dans la même

année, il est revenu sur cette question et lui a consacré un important mémoire, publié par le *Bulletin de la Société d'Anthropologie.*

Il eut l'occasion de voir les pièces elles-mêmes, lors d'un voyage de M. Dubois à Paris, et fut frappé de l'état de fossilisation complète des os, état comparable à celui des pièces de Trinil et du Néanderthal. La fossilisation ne se trouve, en effet, que sur les ossements remontant à l'époque tertiaire, et le Pithecanthropus doit donc être rangé dans cette catégorie.

Les squelettes les plus anciens de l'époque quaternaire, ceux de Spy, par exemple, ont conservé un aspect peu différent des ossements néolithiques.

L'examen d'une autre dent trouvée avec la première, mais dont M. Manouvrier n'a connu que plus tard l'existence (deuxième grosse molaire supérieure, d'après lui), et de la dent primitive, a permis à M. Manouvrier d'écarter l'hypothèse attribuant ce crâne à un anthropoïde.

Il conclut qu'on se trouve probablement en présence d'une race antérieure à l'espèce humaine et ancestrale au même titre que la race du Néanderthal et de Spy.

Je n'ai pas l'intention de passer en revue les innombrables articles parus, soit dans la presse politique, soit dans la presse scientifique ; je citerai seulement les derniers articles de Manouvrier : *Réponse aux objections contre le Pithecanthropus. (Bulletin de la Société d'Anthropologie.* Paris 1896), des études très intéressantes de J. Mies : *Les formes intermédiaires entre l'animal et l'homme* (in Corresp. der acrytlich. Vereine in Rheinland und Westfalen, 1897) et le travail plus récent déjà cité de G. Schwalbe : *Etudes sur le Pithecanthropus erectus de Dubois.*

A l'Exposition universelle de 1900, on put voir, à la section des Indes Néerlandaises, une reconstitution du Pithecanthropus faite par les soins du D[r] Dubois. Ceci donna lieu à quelques remarques de MM. Manouvrier et Himly, qui, au Congrès international d'Anthropologie, protestèrent contre la hâte du D[r] Dubois à trancher le débat. A leur avis, la

question étant encore pendante, il était prématuré de tenter une semblable reconstitution, puisqu'on risquait de pencher dans un sens ou dans l'autre sans documents suffisants.

Je signalerai en dernier un travail présenté à l'Académie de Vaucluse par M. Gabriel Bourges.

Cet auteur, qui n'a encore eu connaissance que de l'existence d'une seule dent attribuée au Pithecantropus, perpétue dans sa description les anciennes erreurs commises par les anatomistes qui l'avaient examinée et que je crois avoir été le premier à relever, à savoir que le diamètre le plus long de la couronne était transversal, c'est-à-dire bucco-lingual, et non pas antéro-postérieur, c'est-à-dire mésio-distal, comme il avait été dit.

Comme la plupart des considérations ethnologiques sont tirées justement de cette direction anormale de la dent, il m'a paru utile de profiter d'une réunion où sont assemblés tant de représentants des différentes branches de la science, pour donner mon opinion anatomique sur les dites dents.

Il s'agit de deux dents supérieures : l'une, première molaire gauche ; l'autre, troisième molaire droite. Les racines sont rouge foncé, tirant sur le noir, les couronnes sont blanches.

Les couronnes sont renflées, boursouflées, se rétrécissant rapidement vers le collet, à l'exception de la face mésiale qui, par comparaison avec les dents voisines, est aplatie d'une façon fort nette. La face triturante de la première grosse molaire est usée au point de ne plus présenter de traces des sillons ni des tubercules qui y existent normalement. Cette usure est un peu concave suivant le diamètre bucco-lingual.

La dent de sagesse, au contraire, ne porte pas d'usure, si ce n'est une petite facette sur la crête marginale mésiale, qu'on peut considérer comme un commencement d'usure.

Les racines sont relativement courtes et la racine palatine de la dent de six ans un peu divergente. Sur la dent de sagesse, tant la racine palatine que les deux ravines buccales ou jugales, qui sont soudées, sont aussi fortement divergentes.

Première grosse molaire. — Cette dent a été considérée par les anatomistes qui l'ont décrite comme la deuxième grosse molaire. Si nous la comparons aux caractères anatomiques de la première molaire supérieure, nous voyons qu'elle s'en rapproche absolument. En effet, sa couronne, vue par sa face triturante, a une forme ovoïde, et son grand axe mésio-distal est situé du côté palatin ou lingual. La même surface triturante, au contraire, dans la deuxième grosse molaire, a un diamètre mésio-distal plus grand du côté buccal ou jugal. De plus, le sillon disto-lingual, qui a disparu sur la face triturante, par suite de l'usure, franchit la crête marginale linguale et apparaît sur toute la surface linguale de la couronne et de la racine, divisant très apparemment cette surface en deux lobes, l'un mésial, l'autre distal. C'est là un caractère qu'on ne trouve jamais sur une deuxième grosse molaire, dont la même face est toujours arrondie.

Quant aux racines, la palatine est aplatie dans le sens linguo-buccal, comme dans toutes les dents de six ans, tandis que, dans la deuxième grosse molaire, cette racine est arrondie.

Des racines buccales, la mésiale, plus large et plus longue que la distale, se trouve sillonnée dans toute sa longueur, donnant l'apparence de deux racines soudées et c'est probablement le cas ici, car elles semblent avoir deux apex indépendants.

La racine distale est arrondie légèrement et accolée à la racine mésiale.

De cette description il ressort pour moi qu'il s'agit là d'une première molaire supérieure gauche.

Troisième grosse molaire. — Contrairement à la description qui a été faite de cette dent, nous trouvons que le diamètre le plus long de cette couronne est linguo-buccal (transversal) et non pas mésio-distal (antéro-postérieur). Sa couronne est, en général, plus grande que le type ordinaire des dents de sagesse supérieure. Sa forme est à peu près normale, elle est aplatie sur sa face mésiale (antérieure)

par la pression exercée sur la deuxième grosse molaire ; cette face se termine aux extrémités buccales et linguales par des angles saillants, tandis qu'elle s'arrondit sur ses trois autres faces, à tel point que les faces se confondent l'une avec l'autre.

C'est là d'ailleurs un caractère commun à toutes les dents de sagesse dû à sa situation à l'extrémité de l'arcade dentaire, sans autre dent pour la comprimer à sa face distale (postérieure). Sa racine palatine est courte, relativement divergente et aplatie dans le sens bucco-lingual. Si on la compare avec celle de la première grosse molaire, on voit qu'elle est plus arrondie.

Ses deux racines buccales aussi divergentes sont soudées, sa racine mésiale (antérieure) présente une grande analogie avec la racine semblable de l'autre dent, c'est-à-dire que, comme elle, est fortement sillonnée dans toute sa longueur. Sa racine distale, plus longue, est accolée à la précédente.

Je rapporte ici le résultat des mensurations que j'ai pratiquées sur ces dents.

Mensuration en millimètres.	Longueur diamètre de la couronne à l'apex.		Du collet aux cuspides buccales.	Du collet aux cuspides linguales.	Du collet à l'apex des racines buccales.	Du collet à l'apex de la racine palatine.	Diamètre de la couronne mésio-distale.	Diamètre de la couronne bucco-linguale.	Diamètre du collet mésio-distal.	Diamètre du collet bucco-lingual.
	Racine buccale	Racine palatine								
Première molaire.	19	17	6,5	6	12,5	11	12	13,3	8	12,5
Troisième molaire. (Dent de sagesse)	22	19,5	8,5	6,5	13,5	12	11	15,5	8,5	9

Voici les mensurations des données de Black.

Première molaire	moyenne......	21.0	7.7	13.2	11.2	10.3
	maxima.......	24.0	10.0	15.0	2.0	11.5
	minima.......	18.0	7.0	11.0	11.0	10.0
Troisième molaire	moyenne......	18.5	6.7	11.8	10.7	9.0
	maxima.......	20.0	8.0	17.0	12.0	10.5
	minima.......	16.0	6.0	8.0	8.0	9.0

Dans ces mensurations de Black, la première colonne de chiffres comprend la longueur maxima de la dent sans désignation de racine. La deuxième colonne, la longueur de la couronne, et la troisième celle des racines.

Il ne m'appartient pas de tirer des conclusions de la description que je viens de donner ; je me suis seulement proposé de faire une description anatomique aussi fidèle que précise. Aux anthropologistes à tirer parti de mon travail. Je serai trop heureux, si ma contribution peut être utile dans l'échafaudage d'une science si belle et si ardue.

M. Godon regrette que l'auteur ait été empêché d'assister au Congrès, car, sa communication si intéressante d'anthropologie est bien à sa place dans le cadre de l'AFAS.

MM. Ott et *de Trey* font les présentations suivantes:

NOUVELLES SPÉCIALITÉS

Présentées par MM. G. Ott et C. de Trey.

Dents nouvelles à crampons en platinoïd ou dents du XXe siècle.

Ces dents, présentées à la profession il y a environ deux ans, semblent avoir un avantage marqué sur toutes les autres dents en usage actuellement, et cela pour les raisons suivantes. D'apparence très naturelle comme forme ou couleur, cette nouvelle dent n'a pas le désavantage des dents ordinaires de S. S. White, Ash et Justi de se briser ou de se fendre si fréquemment dans les travaux de métal, ponts et couronnes spécialement, car les crampons fixés sur un anneau de platine pur préalablement placé dans l'intérieur de la dent de porcelaine avant sa cuisson sont placés et soudés à cet anneau de platine de telle manière qu'un espace libre est réservé entre les crampons et la porcelaine. De cette manière durant la soudure de l'appareil, l'expansion du crampon en platinoïd peut se produire librement sans pression

sur les bords de la porcelaine. Pour cette raison les dents nouvelles ne se fendront pas aussi facilement.

Les crampons libres de mouvements en raison directe de cet espace libre, lorsqu'on les courbe, ne se courbent pas en angle droit, ce qui les affaiblit, mais graduellement, cela leur conservant toute leur solidité. Cet espace réservé entre les crampons et la porcelaine, durant la vulcanisation, se remplit de caoutchouc, qui devient en quelque sorte un coussinet tendre renforçant l'épingle et protégeant la porcelaine contre toute pression du métal.

Les expériences comparatives faites au Congrès d'Ajaccio avec un appareil spécial mesurant les différents points de résistance qu'offre la porcelaine des dents du XXe siècle et des dents de S. S. White, Ash et Justi, ont été des plus concluantes. Une pression exercée par un moyen spécial sur les crampons et la porcelaine a démontré que les dents des marques ci-dessus nommées se sont cassées en offrant les résistances suivantes (en livres).

Trois essais ont été faits avec chacune de ces quatre marques de dents et la moyenne des résistances offertes a été calculée.

Les dents du XXe siècle se sont brisées à une pression moyenne de	Livres	45
Les dents de S. S. White	»	26
Les dents d'Ash et fils	»	28
Les dents de Justi	»	30

Les expériences intéressantes sont donc concluantes et nous pouvons dire que les nouvelles dents offrent des avantages frappants sur toute autre marque de dent en usage actuellement, avantages qui constituent certainement un grand pas dans le chemin du progrès, surtout si l'on prend encore en considération que ces dents sont présentées à la moitié du prix de vente de toutes les autres dents de marques connues.

Crachoir fontaine Clark à cuvettes de cristal.

Présenté à la profession il n'y a que quelques mois, cet

appareil, considérablement perfectionné et simplifié, doit être actuellement considéré comme ce qu'il y a de mieux. Aussi ne pouvons-nous que féliciter le fabricant de cet appareil ingénieux.

La construction est très simple, chaque partie pouvant être rapidement remplacée sans difficulté. L'ajustement des pièces en verre, soit de la cuvette intérieure et extérieure, se fait directement sur les parties du métal, sans aucun sertissage au ciment ou à la cire. Ces cuvettes de cristal sont de telle composition qu'un davier peut accidentellement tomber dans le crachoir d'une hauteur d'un mètre et plus sans aucun danger pour celui-ci. Les cuvettes de cristal se font dans toutes les couleurs aussi bien que la cuvette en cristal blanc, pur et transparent.

Nouvel appareil pour l'estampage des plaques d'or ou d'alliage du Dr Jacobsberg, de Hanovre.

Cet appareil, de toute simplicité, est appelé à rendre de très grands services. Le système d'estampage, très pratique, est destiné à rehausser la qualité du travail de la moyenne des opérateurs, ce à quoi nous devons tendre dans toutes nos recherches de nouveaux appareils ou instruments dentaires.

Une plaque d'or ou d'alliage n° 7 ou 8 sera estampée avec cet appareil dans la moitié du temps employé ordinairement pour l'estampage des plaques avec les anciens systèmes. Occupant très peu de place, du moment où l'impression est prise, une plaque, même compliquée, peut être estampée dans l'espace d'une heure et demie facilement. L'appareil à estamper du Dr Jacobsberg est certainement destiné à prendre une place importante dans les travaux de prothèse dentaire.

*
* *

La nouvelle COIFFE POUR COURONNE A FACE DE PORCELAINE DU Dr LÉON WILLIAMS, *de Londres*, semble également être un perfectionnement marqué sur la couronne

Richmond. Ce système nouveau simplifie, pour l'opérateur, son travail de couronnes, et se compose d'une coiffe de platine qui peut s'ajuster avec la plus grande exactitude, en quelques minutes, alors que l'ajustage de la coiffe d'une couronne Richmond sur la racine prend quelques heures dans bien des cas et malgré cela se trouve la plupart du temps imparfait en conséquence des difficultés mécaniques que l'opérateur rencontre dans ce genre de travail. La coiffe de platine iridié du Dr Léon Williams se compose de la plaquette destinée à couvrir la racine, d'un anneau soudé à celle-ci, et du pivot au centre de l'anneau. Une rainure est pratiquée dans le centre de la racine au moyen d'un trépan pour recevoir l'anneau de la coiffe de platine. La plaquette de la coiffe est alors brunie sur la racine au moyen d'un brunissoir de bois et d'un brunissoir de métal, pour ramener la plaquette pardessus les bords de manière à constituer un second anneau léger, extérieur cette fois, qui sera renforcé par la soudure de la face de porcelaine. De cette manière on obtient l'ajustement forcément exact d'une coiffe avec anneau intérieur et extérieur coiffe qui, une fois cimentée, empêche totalement la salive de pénétrer dans les canaux de la racine, et devient le plus grand renfort pour le sertissage des couronnes sur des racines faibles.

* * *

Le nouveau FOUR ÉLECTRIQUE DU Dr WINTER, DE BERLIN, *présenté pour la première fois en France*, est d'un intérêt tout particulier et semble réaliser les vœux des membres de la profession les plus exigeants. Il constitue un grand pas dans le chemin du progrès. Sa construction, très simple, est d'une conception entièrement nouvelle, car le moufle du four n'est pas composé de terre réfractaire, mais d'une porcelaine spéciale résistant sans danger aucun pour le moufle, qui ne se fendillera jamais, à la chaleur subite même d'un courant de 250 volts, et cela sans rhéostat. Un tel perfectionnement offre un très grand avantage.

Le four électrique du Dr Winter est de grandeur suffisante pour la cuisson d'un dentier complet et peut s'employer avec ou sans rhéostat sans plus de danger pour le moufle. Les porcelaines d'Allen ou toute autre se fondant à de hautes températures seront fondues dans ce four sans difficultés entre 20 et 28 minutes. Nous considérons cet appareil comme très supérieur à tous les fours connus d'Ash, de Custer, Weiss et Schwarz, etc.

*
* *

Le nouveau CIMENT DE CUIVRE DU Dr WILCON (de Cleveland), ainsi que son CIMENT WILCON OXYPHOSPHATE impénétrable, mérite l'attention de chacun. L'emploi des ciments oxyphosphates de cuivre semble prendre une grande extension, pour les raisons suivantes :

L'oxyphosphate de cuivre du Dr Wilcon a les avantages de l'amalgame et du ciment blanc sans en avoir précisément les désavantages.

Il ne contient absolument pas de mercure, mais du cuivre seulement, et consiste en une matière très antiseptique de ce fait-là pour toute cavité au dessous de la gencive et pour les racines les plus cariées.

Trois fois plus dur que le ciment blanc ordinaire, il n'est cependant pas aussi dur que l'amalgame.

Il ne se contracte pas du tout.

Il se mélange aussi facilement que le ciment Harvard et pour cette raison, comme il est antiseptique, il devient le meilleur des ciments pour le sertissage des ponts et couronnes. Son seul inconvénient est sa couleur brun-noir que l'obturation conserve, mais sans nuire aucunement à la couleur naturelle de la dent obturée, qui reste blanche. Le ciment blanc du Dr A. A. Wilcon, en raison de sa complète impénétrabilité et de sa grande dureté, constitue un grand perfectionnement dans le département des ciments.

DISCUSSION.

M. Godon remercie M. de Trey de ses présentations ; ses nouvelles

dents sont en effet très résistantes, puisqu'elles supportent sur leurs crampons une traction double de celle supportée par ces dernières. Le pivot présenté par M. de Trey offre peut-être l'inconvénient d'être un peu mince et ne pourra peut-être pas être employé dans tous les cas, comme le pivot de Richmond ; il a cependant un grand avantage sur le pivot ordinaire, car il coiffe une partie de la racine et empêche la salive de pénétrer dans le canal. Les communications de M. de Trey sont très intéressantes et l'on ne peut moins faire que l'encourager dans la voie qu'il s'est tracée.

*
* *

Il est procédé à l'élection du président de la section d'Odontologie de L'AFAS pour le prochain Congrès.

M. le Dr Sauvez est élu à l'unanimité moins une voix président de la section d'Odontologie de l'AFAS, pour l'organisation du Congrès de 1902, qui aura lieu à Montauban.

J. V.

(A suivre.)

Vendredi 13 septembre

Séance de section à 8 h. 1/2 du matin.

Présidence de M. Delair, vice-président.

M. Delair. — Messieurs, la séance est ouverte.

Le Dr Godon, en me confiant la présidence de notre dernière séance, m'a chargé de vous exprimer ses regrets, dans la lettre que voici (il en donne lecture), d'être obligé de nous quitter plus tôt qu'il ne l'aurait voulu en raison de la santé de Mme Godon. Je vais donc vous donner lecture des communications de MM. Ducournau et Amoëdo qui s'excusent de n'avoir pu venir le faire eux-mêmes. Nous entendrons ensuite les très intéressantes observations de M. G. Cunningham sur la dentition des enfants corses. M. Roubien, de Marseille, n'ayant pas répondu à l'invitation de notre secrétaire général de se présenter pour sa communication et sa présentation pratique de cette après-midi, je crois qu'il n'y aura pas lieu de nous réunir ce soir, si ce n'est pour l'assemblée générale.

FISTULE SOUS-MENTIONNIÈRE D'ORIGINE DENTAIRE PAR MORTIFICATION PULPAIRE TRAUMATIQUE

Par M. Ducournau.

La communication que je vais avoir l'honneur de vous lire n'a rien de transcendant; elle offre cependant un certain intérêt au point de vue du diagnostic, de l'affection et de son traitement.

Vous allez, du reste, pouvoir en juger :

M. N..., 35 ans, de constitution robuste, sans antécédents pathologiques, n'ayant jamais été malade, souffrait depuis deux ans d'une suppuration persistante de la base du menton. Il avait eu recours aux cliniques des hôpitaux, où, après un traitement assez long sans résultat, le chirurgien décida, pour en finir, de pratiquer le débridement du trajet fistuleux jusqu'à l'os maxillaire avec curettage et cautérisation des parois de cet os. Cette opération, qu'il croyait efficace, ne réussit pas davantage, car bien que la cicatrisation se fît à quelques jours d'intervalle sans laisser aucune trace d'orifice fistuleux, il survint, cinq à six semaines après cette intervention, un léger gonflement au même endroit et la fistule se rouvrit à nouveau.

Lorsque M. N... vint me consulter, je constatai qu'il existait, sous la ligne médiane du menton, un orifice fistuleux de la grosseur d'une tête d'épingle avec induration des parois environnantes et une légère coloration violacée des tissus.

Au toucher, je ne provoquais pour ainsi dire pas de douleur. M. N... se plaignait, par-dessus tout, d'engourdissement de cette partie de la mâchoire, engourdissement qui lui était fortement désagréable et l'obligeait à y porter la main à tout instant. L'écoulement du pus, qui se faisait par la fistule dans le courant de la journée, était insignifiant, mais au réveil du matin, en pressant au pourtour de la fistule, M. N... faisait sourdre un liquide épais et sanguinolent en assez grande quantité.

A l'examen succinct de la bouche et après l'enlèvement méticuleux du tartre qui existait à la partie interne des dents antérieures et à leur collet externe, je ne constatai rien d'anormal, les dents avaient un aspect sain, pas de caries, pas d'ébranlement, ni de décoloration de l'émail.

Je posai alors des questions à mon patient, et entre autres, je lui demandai s'il ne se rappelait pas avoir fait une chute ou reçu un coup à la face, qui aurait pu par action indirecte causer un pareil trouble. M. N... me répondit : « Mais si, je suis en effet tombé de toute ma longueur un soir de verglas et j'avais cru m'être cassé toutes les dents ; mais cette chute date de cinq ou six ans et ma fistule de deux ans à peine. »

Bien qu'il y eût entre le traumatisme et la manifestation de la fistule un très long espace de temps, cet accident me mettait sur la vraie voie. Sans nul doute, l'une ou plusieurs de ses incisives en avaient souffert. Je frappai donc de légers petits coups avec un excavateur sur chacune de ces dents, et sur l'incisive médiane gauche M. N... perçut une sensation différente. De ce fait, mon diagnostic fut bien arrêté ; cependant, pour plus de sûreté, j'examinai la dent à la lampe électrique, et son opacité en raison des dents voisines vint le confirmer. Cette dent était sûrement mortifiée.

Qu'auraient fait les médecins des hôpitaux en pareil cas, s'ils s'étaient aperçus de la provenance du mal ? Ils en auraient probablement supprimé la cause et la guérison ne se serait pas fait attendre, mais ils auraient rendu, en agissant ainsi, un mauvais service à leur patient.

C'est ici que le spécialiste a sa raison d'être. Avant de supprimer cette dent, il y avait lieu de tenter sa conservation ; c'est ce que je fis immédiatement en pratiquant à cette dent une carie artificielle dans le sens vertical de la racine et en lui faisant subir le traitement que nous employons journellement pour les caries du 4e degré. Il se dégagea à l'ouverture du canal pulpaire une odeur infecte et une gouttelette de pus apparut à l'orifice de la carie artificielle que je venais de faire.

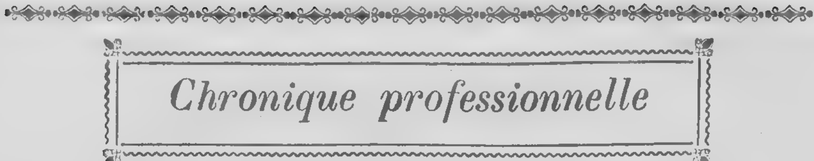
Je craignais, vu l'ancienneté de la fistule, que la racine de cette dent ne fût atteinte d'ostéite raréfiante et par ce fait inguérissable ; mais la dent fut désinfectée comme par enchantement.

Je fis, ce même jour, une injection iodo-phéniquée qui, traversant le canal radiculaire, vint sortir en petits jets par le trou fistuleux. Le lendemain, il n'y avait presque plus de pus et, après quelques jours de ce traitement, la guérison se fit ne laissant d'autre trace qu'une légère cicatrice.

C'est en 1889 que ce traitement eut lieu et M. N..., que j'ai souvent l'occasion de revoir, conserve encore sa dent en parfait état.

Depuis lors, j'ai eu l'occasion de traiter deux autres cas semblables, l'un à la clinique de l'Ecole odontotechnique et l'autre dans ma clientèle, mais, n'ayant pas revu les sujets après leur guérison, je ne puis en parler.

(*A suivre.*)



Sous cette rubrique L'Odontologie *se tient à la disposition de ses lecteurs pour leur permettre de publier en toute indépendance leurs appréciations sur les questions de politique professionnelle. Toutefois le Comité de rédaction se réserve le droit de supprimer toute expression ou toute appréciation de nature à provoquer des polémiques personnelles.*

CAUSERIE SUR LA PROTHÈSE DENTAIRE

Par M. L. Delair (de Nevers).

Depuis le Congrès international dentaire de Paris en 1900 où a été discutée longuement la méthode la plus rationnelle de l'enseignement de la prothèse dentaire, différents organes de notre profession ont publié de nombreux articles sur ce sujet. En août la Fédération dentaire internationale, réunie pour la première fois à Londres, s'est aussi occupée de cette branche si importante de notre art et de son enseignement. Enfin *le Monde dentaire* reproduit dans son dernier numéro un article de la *Revue de stomatologie* où cette question est encore longuement commentée, et cela peu à l'honneur des nouveaux chirurgiens-dentistes.

Peu désireux, par tempérament comme par raison, d'entamer au sujet des allégations contenues dans la *Revue* une polémique oiseuse, je crois cependant de mon devoir, en ma qualité de vieux prothésiste, d'aborder à mon tour ce sujet qui, à bon droit, doit intéresser la nouvelle génération de nos chirurgiens-dentistes.

Il y a trente ans la profession de chirurgien-dentiste était pour les neuf dixièmes exercée par d'anciens mécaniciens qui devenaient pour la plupart des praticiens et des opérateurs habiles ; je ne citerai pas la pléïade des noms qui se pressent sous ma plume : nombre d'entre eux exercent encore ; et j'affirmerai, sans crainte d'être démenti, que ce qui avait fait leur habileté et leur réputation était surtout la pratique de la prothèse avant celle de la dentisterie et de la chirurgie. Adroits de leurs doigts, grâce à un long maniement de la lime, du burin et autres outils nécessaires aux travaux de prothèse, ils se trouvaient tout naturellement et très vite aptes aux soins minutieux et aux petites opérations exigeant un doigté délicat.

Loin donc de dire que « les dentistes qui font leur prothèse sont à la fois de détestables dentistes et de médiocres mécaniciens » je prétends, et tous les vrais dentistes diront comme moi, que l'exercice de la prothèse ne peut qu'entretenir chez eux l'adresse de la main, sa souplesse et sa précision.

Insinuer même le contraire, est donc pousser nos étudiants au délaissement de cet art.

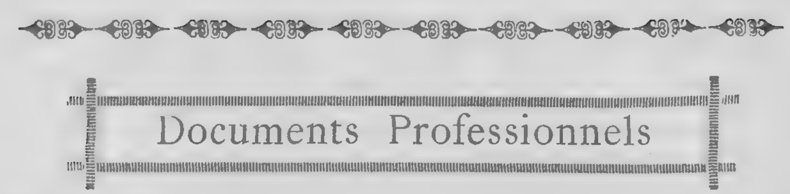
Tant que la profession de dentiste appartiendra au dentiste, c'est-à-dire tant qu'une nouvelle loi n'aura pas été faite pour dépouiller celui-ci de son titre — ce qui ne paraît pas prochain — il faut que celui qui embrasse cette profession sache bien qu'avant tout et surtout c'est à son adresse, aussi bien en chirurgie, en dentisterie qu'en prothèse, que son client vient faire appel.

Puis, d'autre part, donner à entendre que la prothèse de clientèle devrait être faite exclusivement par un mécanicien de profession, est rendre un mauvais service au jeune chirurgien-dentiste ; c'est le pousser en quelque sorte à se désintéresser de cette spécialité si importante de notre profession. Il a tout intérêt au contraire à savoir faire sa prothèse lui-même, car, à l'examen de la bouche de son client, il aura pu faire les remarques cliniques, comme cela lui a été enseigné à l'Ecole par des praticiens expérimentés, et confectionner ensuite, puis poser judicieusement l'appareil qu'il aura combiné. Tandis que, s'il a à placer une pièce même parfaitement ajustée sur un modèle de plâtre par le mécanicien, sans avoir au moins collaboré à son exécution, il s'expose parfois à des déboires et des insuccès. Enfin s'il a pu acquérir à l'Ecole, ce qui à son âge, s'il est travailleur, est parfaitement possible, assez de connaissances en prothèse pour se tirer d'affaire tout seul à ses débuts, il deviendra, avec le temps qui lui donnera l'expérience, très capable de diriger à son tour son mécanicien, au lieu d'être exposé parfois à recevoir des mains de celui-ci un travail quelconque, s'il est inhabile à l'apprécier. Aujourd'hui les bons mécaniciens sont encore nombreux quoi qu'on en dise ; ils peuvent comme autrefois façonner de belles pièces d'art, mais encore faut-il que le chirurgien-dentiste soit lui-même capable de juger leur travail en connaisseur.

Je conclus donc d'abord (au contraire de ce qui a été affirmé) qu'un jeune chirurgien-dentiste peut être à la fois un habile opérateur et un bon prothésiste ; ensuite que l'abandon de la prothèse au seul mécanicien issu de l'atelier aurait au point de vue clinique des effets désastreux et pour le dentiste et pour son client.

Enfin plus que jamais j'exhorte, comme je l'ai fait déjà, les jeunes à s'appliquer sérieusement à la prothèse, sans négliger les autres branches si importantes de leurs études, surtout maintenant que notre profession est convoitée chaque jour davantage par des docteurs qui ne s'astreindront jamais à devenir des prothésistes et par suite ne seront jamais que de médiocres opérateurs.

Ce sera pour eux le seul moyen de lutter plus tard avantageusement contre de mieux *parcheminés* qu'eux.



Sous cette rubrique nous publions tous les documents de nature à intéresser nos lecteurs et nous nous tenons à la disposition des divers GROUPEMENTS PROFESSIONNELS *pour insérer toutes les communications qu'ils désirent porter à la connaissance du public professionnel.*

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année scolaire 1901-1902

SESSIONS D'EXAMENS

POUR LE

DIPLOME DE CHIRURGIEN-DENTISTE

Conformément à l'arrêté du 29 juillet 1895, deux sessions d'examens pour le diplôme de chirurgien-dentiste s'ouvriront à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris pendant l'année scolaire 1901-1902 savoir : la première, le 4 novembre 1901, la deuxième, le 26 mai 1902.

I. — **Conditions d'admission.** — Sont seuls admis à se présenter à ces sessions :

1° *Pour les trois examens*, les dentistes inscrits au rôle des patentes au 1er janvier 1892 ; les candidats qui justifient d'un cours régulier d'études dans une des écoles d'enseignement dentaire existant en France à la date du 25 juillet 1893 ;

2° *Pour les deux derniers examens*, les dentistes de nationalité française, inscrits au rôle des patentes antérieurement au 1er janvier 1889 ;

3° *Pour le deuxième examen*, les dentistes pourvus, antérieurement au 1er novembre 1893, d'un diplôme délivré par l'une des écoles d'enseignement dentaire existant en France à la date du 25 juillet 1893.

II. — **Pièces à produire.** — Les candidats produiront les pièces suivantes.

Un extrait authentique de leur acte de naissance, et, s'il y a lieu, une traduction également authentique de cette pièce ;

Un extrait de leur casier judiciaire ;

Et, suivant le cas :

Un certificat constatant leur inscription au rôle des patentes au 1er janvier 1892, ou antérieurement au 1er janvier 1889 ;

Un certificat constatant qu'ils sont français ;

Le diplôme qu'ils ont obtenu devant une école d'enseignement dentaire de France, antérieurement au 1er novembre 1893 :

A ces pièces, les candidats élèves des écoles dentaires visés au paragraphe 1er de cette affiche devront joindre :

1° Soit *un diplôme de bachelier*, soit *le certificat d'études prévu par le décret du* 10 *juillet* 1886 *modifié par le décret du* 25 *juillet* 1893, soit *le certificat d'études primaires supérieures,* dans les conditions prescrites par les circulaires des 3 mai et 27 novembre 1895 ;

2° *Un certificat constatant qu'ils ont fait, dans l'une des écoles dentaires, des études complètes et régulières.* A ce certificat sera joint *un extrait des registres de l'école indiquant les dates d'entrée, d'inscriptions, etc.*

3° *Un certificat individuel délivré par M. le Directeur des travaux scientifiques de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, certificat justifiant du travail de l'élève et de son assiduité aux travaux pratiques de dissection.*

III. — **Consignations**. — Les consignations seront reçues au Secrétariat de la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, aux dates ci-après désignées, savoir :

1° Première Session.	2° Deuxième Session
1er examen, les **21 et 22 octobre 1901**;	1er examen, les **12 et 13 mai 1902**;
2e examen, les **18 et 19 novembre 1901**;	2e examen, les **2 et 3 juin 1902**;
3e examen, les **16 et 17 décembre 1901.**	3e examen, les **23 et 24 juin 1902.**

Les candidats consigneront les droits d'examen, de certificat d'aptitude et de diplôme fixés par le décret du 14 février 1894 (30 fr. pour chaque examen, 20 fr. pour chaque certificat d'aptitude et 100 fr. pour le diplôme).

Il sera fait remboursement aux candidats ajournés des droits de certificat et de diplôme, selon les cas.

IV. — **Dates des examens**. — Les examens auront lieu aux dates ci-après désignées, savoir :

1° Première Session	2° Deuxième Session
1er examen, du **4 au 16 novembre 1901**;	1er examen, du **26 mai au 31 mai 1902**;
2e examen, du **2 au 14 décembre 1901**;	2e examen, du **16 au 21 juin 1902**;
3e examen, du **6 au 18 janvier 1902.**	3e examen, du **7 au 19 juillet 1902.**

Paris, 20 septembre 1901.

Le Doyen de la Faculté,
P. Brouardel.

La réglementation en Suisse.

Nous extrayons le texte suivant de la feuille d'avis officielle du canton de Genève modifiant la loi sur l'art dentaire.

LOI

modifiant les articles 166 *(4e alinéa)* 169 (3e *alinéa et* 173 *de la loi sur l'instruction publique du* 5 *juin* 1886.

Du 16 octobre 1901.

Le Conseil d'Etat de la République et Canton de Genève fait savoir que :

Le Grand Conseil,

Sur la proposition du Conseil d'Etat :

DÉCRÈTE CE QUI SUIT :

Les articles 166 (4e alinéa), 169 (3e alinéa) et 173 de la loi sur l'instruction publique sont modifiés comme suit :

Art. 166 (4e alinéa). — Anatomie humaine, physiologie, histologie normale, embryologie, anatomie normale, histologie et évolution de la bouche et des dents chez l'homme et dans la série animale. Travaux pratiques d'anatomie humaine, travaux pratiques d'histologie normale et d'embryologie.

Art. 169 (3e alinéa). — L'examen professionnel donnant droit au diplôme de licencié en chirurgie dentaire de l'Ecole dentaire de Genève.

Art. 173. — Le traitement des professeurs à l'Ecole dentaire peut s'élever à 4.000 fr. — Le Conseil d'Etat détermine, dans les arrêtés de nomination, le traitement et les charges de chaque professeur.

Lorsqu'il estime que, dans l'intérêt de l'enseignement, il y a lieu de dépasser le maximum normal de traitement, pour appeler ou conserver un professeur éminent, il présente un arrêté législatif au Grand Conseil.

Le Conseil d'Etat est chargé de faire promulguer les présentes dans la forme et le terme prescrits.

Fait et donné à Genève le seize octobre mil neuf cent un, sous le sceau de la République et les signatures du Président et du Secrétaire du Grand Conseil.

Le Président du Grand Conseil,
Pierre MORIAUD.
Le Secrétaire du Grand Conseil,
P. COULIN.

XIVe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE.

Le XIVe Congrès international de médecine aura lieu à Madrid du 23 au 30 avril 1903. Nous publions ci-dessous un extrait du Règlement général de ce Congrès, qui comprendra une Section d'Odontologie (la 12e).

ART. I. Le XIVe Congrès international de médecine se réunira à Madrid, sous le patronage de SS. MM. le Roi D. Alphonse XIII et son Auguste Mère la Reine Régente, dans les jours du 23 au 30 avril 1903.

La séance d'ouverture aura lieu le 23 avril et celle de clôture le 30 avril.

Le but du Congrès est exclusivement scientifique.

ART. II. Le Congrès se composera des médecins, pharmaciens, vétérinaires et autres personnes exerçant une des différentes branches

des sciences médicales, nationaux et étrangers, qui se seront inscrits comme membres du Congrès et qui auront versé la cotisation.

Pourront également faire partie du Congrès, aux mêmes conditions et avec les mêmes droits que les médecins tous ceux qui, en possession d'un titre professionnel ou scientifique, désirent assister et prendre part aux travaux du Congrès, ainsi que les représentants de la presse.

Art. III. Le montant de la cotisation sera de 30 pesetas.

Cette somme doit être versée, au moment de l'inscription et à partir de ce jour jusqu'à l'ouverture du Congrès, au Secrétariat général (Faculté de médecine, Madrid) lequel remettra à l'intéressé sa carte d'identité, cette carte servira de document pour pouvoir profiter de tous les avantages réservés aux Congressistes.

Art. IV. Les Comités nationaux et étrangers peuvent recevoir les cotisations de leurs adhérents et quand ils les transmettront au Secrétariat général, celui-ci leur enverra les cartes d'identité correspondantes au nombre des membres inscrits.

Les Comités étrangers recevront les inscriptions de leurs nationaux jusqu'au 20 mars 1903 ; après cette date toutes les adhésions et cotisations doivent être adressées directement au Secrétariat général du Congrès.

Art. V. Chaque Congressiste doit, au moment de verser sa cotisation, faire parvenir au Secrétariat général, soit directement, soit par l'entremise du Comité respectif, une note indiquant exactement et lisiblement ses nom, qualité et titres, ainsi que son adresse, en accompagnant ces indications de sa carte de visite.

Art. VI. Les membres du Congrès qui auront rempli les conditions prescrites, auront droit de prendre part à tous les travaux, de présenter des communications verbales ou écrites, d'intervenir dans les discussions, de donner leur vote dans les questions soumises à votation et de participer à tous les avantages réservés aux Congressistes.

Art. VII. Ils auront en outre droit à un résumé général des travaux du Congrès et à un exemplaire du compte rendu *in extenso* des travaux de la section à laquelle ils se seront faits inscrire. Les membres qui désireraient recevoir plusieurs volumes ou la collection complète des comptes rendus, devront pour chaque volume verser une somme qui sera fixée ultérieurement, mais qui ne pourra pas excéder le prix de l'impression. — Les souscriptions aux volumes seront reçues au Secrétariat général jusqu'à la clôture du Congrès.

Les Congressistes qui auront présenté des communications écrites dans plusieurs sections, et celles-ci ayant été admises par la Commission chargée de leur examen, recevront également les volumes de ces sections sans aucun payement.

ART. VIII. Les comptes rendus du Congrès seront remis aux Congressistes qui y auront droit, aussitôt après leur publication.

ART. IX. Le Congrès sera divisé en 16 sections.

ART. X. Les membres du Congrès devront, au moment de l'inscription, indiquer la Section à laquelle ils désirent appartenir ; nonobstant ils pourront assister et prendre part aux travaux des autres sections.

ART. XI. Un Comité exécutif composé du président, secrétaire général et trésorier, et des présidents et secrétaires des sections, est chargé de la gestion et du fonctionnement du Congrès.

ART. XII. Le Congrès siègera tous les jours, soit en assemblées générales, soit en réunions des sections.

ART. XIII. Deux assemblées générales ordinaires auront lieu, une pour l'ouverture et l'autre pour la clôture du Congrès.

Il y aura en outre autant d'assemblées extraordinaires qu'on jugera nécessaires ; le nombre en sera fixé ultérieurement par le Comité exécutif. Ces assemblées seront destinées à des conférences auxquelles seront invitées les éminences scientifiques des différentes nations. Seulement les conférenciers auront la parole dans ces assemblées.

ART. XIV. Dans la séance d'ouverture le secrétaire général rendra compte des travaux d'organisation du Congrès, le président lira le discours d'inauguration, on fera la présentation des délégués officiels, et l'on proclamera les présidents d'honneur.

Dans la séance de clôture on rendra compte des délibérations du Congrès, on désignera le lieu de sa prochaine réunion et l'on procèdera à l'élection de son bureau.

Dans ces séances ne pourront prononcer de discours que les Congressistes qui y auront été désignés et invités par le Comité exécutif.

ART. XV. Les Comités des sections organiseront leurs programmes de travaux (lecture et discussion des communications, examen des propositions présentées, etc.).

Chaque section nommera, dans sa première séance, ses présidents d'honneur, et désignera ses secrétaires adjoints. Partie de ceux-ci seront choisis parmi les Congressistes étrangers pour faire le résumé verbal des communications présentées dans langues différentes et pour en faciliter ainsi la discussion.

ART. XVI. Le président de chaque section dirigera les séances et les débats dans la forme établie dans tous les corps délibérants.

Pourront être soumises au vote seulement les questions d'ordre intérieur.

Les questions scientifiques ne pourront être l'objet d'aucune votation.

Art. XVII. Le temps assigné à chaque communication ne doit pas dépasser 15 *minutes* et les orateurs qui prendront part aux discussions, ne pourront parler plus de 5 *minutes*.

Les auteurs de communications disposeront de 10 *minutes* pour répondre à toutes les objections. Exceptionnellement et quand l'importance du sujet le justifie, pourra le président accorder plus de temps à l'orateur.

Les membres qui prendront part aux discussions, devront remettre au secrétaire de la section, avant la levée de la séance, un court résumé de ce qu'ils ont dit.

Art. XVIII. Les communications se référant aux travaux du Congrès, doivent parvenir au Comité exécutif avant le 1er janvier 1903, ce dernier se chargera de leur transmission à la section respective [1].

Toutes les communications devront être accompagnées d'un court résumé, en forme de conclusions, si possible ; cet extrait sera imprimé par les soins du Comité exécutif et distribué aux Congressistes de la section correspondante.

Art. XIX. On pourra présenter des communications après le 1er janvier 1903 et même pendant le Congrès, mais elles ne seront mises à l'ordre du jour qu'après discussion de celles présentées dans le délai prescrit.

Art. XX. Le texte écrit de tous les travaux présentés au Congrès, soit dans les Assemblées générales, soit dans les sections, doit être remis le jour même au secrétaire du bureau respectif. Le Comité exécutif décidera sur son insertion totale ou partiale dans les comptes rendus.

Art. XXI. Les langues officielles du Congrès dans toutes les séances seront l'espagnol, le français, l'anglais et l'allemand.

Article complémentaire.

Les dames appartenantes aux familles des Congressistes et accompagnées de ceux-ci, bénéficieront des réductions sur les chemins de fer et pourront assister aux fêtes et cérémonies qui seront données en l'honneur des membres du Congrès. Elles devront pour cela se munir d'une carte spéciale moyennant le payement de 12 pesetas par personne.

Madrid, le 11 avril 1901.

Le Président,
Julian Calleja.

Le Secrétaire général,
Angel Fernandez-Caro.
Faculté de médecine.

1. Pour les inscriptions, ainsi que pour la présentation des communications, on se servira des imprimés spéciaux que le Secrétariat général enverra à tous les intéressés.



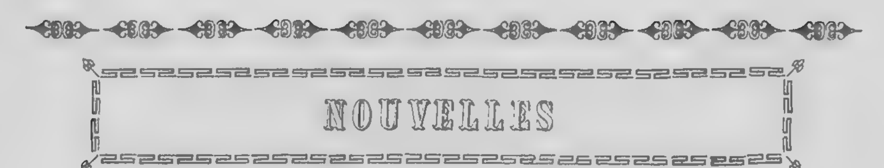
NÉCROLOGIE

M. LAGRANGE

Mme George Viau et notre estimé confrère et ami M. George Viau, ancien rédacteur en chef de ce journal, viennent d'éprouver une perte cruelle en la personne de M. Lagrange, leur père et beau-père.

Nous les prions d'agréer en cette douloureuse circonstance, avec l'expression de nos sentiments de condoléance, l'assurance de notre profonde sympathie et de nos vifs regrets.

La Rédaction.



École dentaire de Paris.

La séance annuelle de réouverture des cours et de distribution des récompenses aura lieu le jeudi 7 novembre prochain, à 8 h. 1/2 du soir, à l'Ecole dentaire de Paris.

Tous les membres de la société sont instamment priés d'y assister.

Postes vacants a l'Ecole dentaire de Paris.

Un concours sur titres pour le poste de *Chef du laboratoire de bactériologie* est ouvert actuellement à l'Ecole dentaire de Paris.

*
* *

Des concours, dont les programmes ont été publiés dans le n° du 15 mai dernier, auront lieu prochainement à l'Ecole pour :

Deux postes de *Chef de clinique de chirurgie dentaire*;

Un poste de *Chef de clinique de prothèse.*

*
* *

Des concours, dont les programmes ont été publiés dans notre précédent numéro, auront lieu en novembre prochain à l'Ecole pour :

Un poste de *Professeur théorique de dentisterie opératoire ;*

Deux postes de *Professeur suppléant de clinique de chirurgie dentaire ;*

Un poste de *Professeur suppléant de prothèse clinique.*

*
* *

Un concours sur titres est également ouvert pour plusieurs postes de démonstrateurs au laboratoire de prothèse.

*
* *

Les candidats à ces différents postes sont priés de se faire inscrire au plus tôt au Secrétariat de l'Ecole.

En Espagne.

Notre excellent confrère, M. le Dr Florestan Aguilar, a été nommé par ordonnance royale du 7 août 1901 professeur d'odontologie à la Faculté de médecine de Madrid, et M. Manuel Cuzzani, professeur de prothèse à la même Faculté.

Ces nominations sont une conséquence de la réforme de la profession en Espagne, que nous avons déjà signalée à nos lecteurs.

Exemple a suivre.

La municipalité de Darmstadt a fait remettre à chaque enfant fréquentant les écoles publiques un avis adressé aux parents et leur signalant la nécessité des soins dentaires et les dangers de la carie et des autres affections dentaires.

Les dentistes dans l'armée anglaise de l'Afrique du Sud.

Nous avons fait connaître qu'un dentiste militaire avait été chargé d'accompagner les troupes anglaises envoyées dans l'Afrique du Sud. Comme à lui seul il ne pouvait suffire à donner des soins à tous les soldats souffrant d'affections dentaires, quatre autres dentistes lui ont été adjoints, indépendamment des dentistes réfugiés.

L'empreinte vengeresse.

Un jeune homme sonnait, hier matin, à la porte de M. Rousseau, médecin-dentiste, rue des Martyrs.

« Docteur, dit-il au praticien, dès qu'il fut en sa présence, je souffre abominablement des dents et je viens réclamer vos soins. »

Le dentiste éprouva une vive surprise en reconnaissant dans ce client un individu qui, trois jours auparavant, avait arraché des mains de sa femme, qui marchait à son bras, boulevard de Clichy, un réticule contenant 50 francs. Il se garda bien pourtant de le mettre en éveil.

« Asseyez-vous là, dit-il en poussant le quidam vers le fauteuil d'opération. Pour me rendre compte de la cause de votre mal, il faut que je prenne l'empreinte de votre mâchoire. Rassurez-vous. Vous n'éprouverez aucune douleur. »

Ce genre d'empreinte, actuellement peu usité, nécessite de la part de l'opérateur une grande dextérité; le plâtre, dont on fait usage en pareil cas, acquerrait en effet, en séchant plus de deux ou trois minutes, une grande dureté.

Quand M. Rousseau jugea l'empreinte suffisamment solide, il dit au patient :

« Il y a trois jours, vous avez volé le réticule de ma femme, et je vais vous conduire chez le commissaire de police. »

Le voleur voulut protester, mais il ne sortit de sa bouche, impitoyablement ouverte, que des sons inarticulés. Il dut donc se résigner.

Devant M. Cornette, commissaire de police, il demanda une plume et du papier et fit piteusement l'aveu de son vol, implorant son pardon et promettant de rembourser l'argent dérobé.

Touché de son repentir, M. Rousseau a retiré sa plainte et, à l'aide d'un marteau et d'un ciseau à froid, a brisé la fatale empreinte.

Jean de Paris.

(*Le Figaro.*)

Qu'en pensent les médecins de la Société des dentistes des hôpitaux ?



TRIBUNE OUVERTE.

QUESTIONS ET RÉPONSES.

N. B. Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier les questions qui nous seront adressées et nous serions heureux que cette insertion provoquât des réponses, que nous accueillerons tout en *déclinant toute responsabilité au sujet des opinions émises.*

Toutefois nous ne pouvons donner suite qu'aux questions ou réponses signées; mais la publication peut en être faite sous un pseudonyme choisi par l'auteur. *Prière de ne pas insérer ces communications dans le corps d'une lettre, mais sur feuillet spécial écrit d'un seul côté.*

? N° 172. — *A quoi faut-il attribuer la teinte rougeâtre que prennent certaines dents anglaises après le travail de la soudure?* J. P.

? N° 176. — *Dans la pratique de l'anesthésie par le protoxyde d'azote, est-il préférable d'employer la méthode de F. Mervitt (protoxyde et oxygène)? Cette méthode fait-elle encourir plus de responsabilité que l'emploi de la cocaïne?*
UN ABONNÉ.

? N° 181. — *Les pharmaciens ont-ils le droit de tenir un cabinet dentaire en même temps que leur officine?* M. C.

☞ *Réponse.* — La loi sur la pharmacie adoptée en première lecture par la Chambre des députés n'autorise pas le cumul. Toutefois, exception est faite pour les possesseurs actuels des deux diplômes. Cette crainte du chirurgien-dentiste de la concurrence du pharmacien porteur des deux titres n'est-elle pas puérile, quand à sa porte, le médecin, sans études spéciales, s'empare de sa profession ou la sape à plaisir?

P. S.

☞ *Autre réponse.* — Posée dans ces termes, la question ne saurait recevoir de solution pratique.

Le pharmacien est-il pourvu du diplôme de chirurgien-dentiste ou patenté dentiste? C'est ce que M. M. C... oublie de nous dire.

Quoi qu'il en soit, c'est par elle-même déjà une question délicate que celle de savoir si un pharmacien peut posséder plusieurs officines et s'il ne doit pas en personne administrer son entreprise.

Mais en nous plaçant spécialement au point de vue dentaire, nous pouvons, dès à présent, répondre en principe que tout traité passé par un dentiste avec un non diplômé est contraire à l'ordre public et considéré comme nul (Cass., 15 nov. 1895 — C. Orléans, 11 nov. 1899); et que le diplôme (ou la patente) est nécessaire pour exercer (Cass., 3 décembre 1895; — T. Lille, 1er avril 1901).

Au surplus, nous avons examiné déjà une question à peu près analogue, et il suffira, pour élucider la difficulté, de se reporter à ce que nous avons dit dans *L'Odontologie*, 1900, p. 299 (V. aussi *L'Odontologie*, 1897, 355 et 1898, 221).

F. W.

? N° 182. — *Les diplômés de l'Ecole dentaire de Genève ont-ils le droit de mettre sur leur réclame M. X., médecin-dentiste?* M. C.

☞ *Réponse.* — Depuis la loi de 1892, il faut au dentiste diplômé à l'étranger, pour qu'il puisse exercer en *France* (et l'insertion d'une réclame en un journal ou tout autre mode de publicité constituent bien des faits d'exercice professionnel), qu'il ait obtenu en notre pays le diplôme de médecin ou de chirurgien-dentiste (V. *L'Odontologie*, 1900, p. 329).

M. K... devrait donc, sous peine d'usurpation de titre, faire connaître l'origine étrangère de son titre.

V. au surplus ce que nous avons dit en réponse aux nos 118 et 120 (*L'Odontologie*, 1900, p. 347 et 348); et au no 98 (*L'Odontologie*, 1900, p. 46). — V. aussi (*L'Odontologie*, 1900, p. 46, 238, 329 ; — et 1901, p. 53, 99, 517).

Nous rappelons, de plus, qu'en matière d'usurpation de titre on peut consulter les décisions suivantes: Caen, 29 nov. 1876 ; — Cassat., 17 décembre 1880 ; — Seine, 25 mai 1895 ; — Rennes, 29 juillet 1896 ; — Seine, 10 nov. 1896 ; — Cassat., 3 février 1898 ; — Paris, 22 déc. 1899 ; — Lille, 1er avril 1901.

F. W.

? No 183. — *A quoi faut-il attribuer le phénomène suivant ?*

Il y a 15 jours, une jeune fille de 21 ans, vient chez moi pour se faire faire une aurification.

La carie (2e degré) est sensible ; j'applique un pansement avec la Newine Wood, et obture avec un tampon de coton imbibé de sandaraque. Deux jours après, ce pansement étant tombé, et la dent encore sensible, je le renouvelle avec obturation gutta-percha Gilbert. Le lendemain la dent en question (incisive centrale droite) prend une teinte rougeâtre, qui ne fait qu'augmenter pendant 2 jours : puis arrêt de coloration. Depuis 4 jours cette dent est sensible, à la percussion seulement, à ce que m'affirme ma patiente. Il y a 6 mois, j'ai déjà aurifié le côté opposé de cette dent, ainsi que l'autre incisive, en suivant le même traitement ; rien d'anormal ne s'est produit alors. A quoi faut-il attribuer cet échec ? et y a-t-il lieu de suivre un traitement quelconque ? C'est le 3e cas que j'observe ce mois-ci ; faut-il croire à une altération possible de la Newine Wood produisant cet effet, ou est-il simplement le résultat d'une hémorragie interne de la dent.

H. D.

☞ *Réponse.* — La fréquence des accidents inflammatoires portant sur le ligament, ainsi que les faits de décoloration que vous signalez à la suite de l'emploi de la Newine Wood dans les caries du second degré, semblent prouver que ce médicament, dont nous ne connaissons pas la formule, est un caustique agissant comme l'acide arsénieux. Pour atténuer la sensibilité de la dentine en respectant l'intégrité de la pulpe, il est préférable de n'employer que des médicaments agissant par évaporation : chaleur, alcool et surtout chloroforme, éther, chlorure d'éthyle, portés dans la cavité au moyen d'une boulette d'ouate, renouvelée une ou deux fois après évaporation. La cataphorèse remplace avantageusement ces petits moyens.

? No 184. — *Un dentiste (non pourvu du diplôme de la faculté) peut-il légalement mettre sur sa porte d'entrée une plaque ainsi conçue :*

M. X...

Maladies de la bouche et des dents.

? No 185. — *Un chirurgien-dentiste de la faculté le peut-il?*

L. J.

☞ *Réponse.* — A M. B. B. Vous trouverez les renseignements que vous nous demandez page 377 du présent numéro.

DEMANDES ET OFFRES

PRIX d'une CASE, dans 3 numéros........................ **8 francs.**
payable d'avance. (Pour les Abonnés de *L'Odontologie.* **5** »).

L'Administration de L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

---

1 **On demande** pour **BORDEAUX** un *aide patenté ou diplômé* pouvant entreprendre direction de la prothèse et des redressements. *Bonnes références exigées.* Adresser offres et prix des honoraires demandés (Anglais ou Américain préféré). Field Robinson D. D. S., 12, rue Lafaurie de Monbadon, Bordeaux. (57^3)

---

2 **DOCTEUR EN MÉDECINE FRANÇAIS, diplômé de l'École dentaire de Genève,** demande à partir d'octobre prochain place comme *remplaçant* ou *assistant* pendant 6 à 8 mois. Ecrire *par poste* M. E., au bureau du journal. (58^3)

---

3 **UN DENTISTE EXPÉRIMENTÉ** demande une place **opérateur** ou **mécanicien** à Paris. Ecrire *par poste* à **M. V., aux** soins de l'Administration du journal. (59^3)

---

4 **On demande** un ***OPÉRATEUR,*** âgé de 28 à 35 ans, *diplômé d'une Ecole dentaire depuis au moins 4 ou 5 ans,* très habitué au travail des aurifications à *l'or adhésif,* du *bridge work* et des *couronnes,* environ 100 francs par semaine. Ecrire *par poste* à M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne. (61^3)

---

5 **ON DEMANDE** pour bon cabinet, **dentiste sérieux,** désirant part d'association ou prendre succession (banlieue). Ecrire *par poste* aux initiales A. E. G. aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne. (53^3)

---

6 **Chirurgien-dentiste Anglais,** au courant de tout travail de **CABINET** et **LABORATOIRE,** demande place comme **aide,** ou pour **diriger cabinet.** Ecrire par poste à A. Z. aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne. (62^2)

---

7 **Cabinet dentaire** (*province*) **produit : 50.000** fr. *Frais généraux minimes.* **BELLE INSTALLATION.** Ecrire : Lavigne, 29, Galerie du Baromètre, Paris. (63-^{2})

---

8 *OCCASION UNIQUE.* Cabinet dentaire dans *l'Est,* affaires 15 000 fr. dernière année. *Installation électrique et gaz,* appartement 8 pièces, bail, loyer 950 fr. ***A VENDRE*** avec ou sans inventaire. Prix 5.000 fr. sans inventaire. Ecrire *par poste* 125, M. A. aux soins de l'Administration du journal. (64-^{2})

---

9 **On demande** en **ANGLETERRE** un jeune homme connaissant le travail du **caoutchouc** et un peu le **métal,** désirant *apprendre l'anglais; vie en famille.* Ecrire à John L. Newton Holly House, 6, Scarisbrick new Road, Southport. (65-^{2})

---

10 On **céderait** à **PARIS, cabinet** *très bien situé* sur un *grand boulevard.* Affaires 17.000 fr. Grand appartement, bail, 1.600 fr. de loyer. Prix demandé 23.000 fr. dont 15.000 fr. comptant. Ecrire par poste à O. P. aux soins du journal. (65-^{2})

---

11 *Chirurgien-dentiste de province* désire placer à ***PARIS,*** son fils âgé de 16 ans (*muni du certificat d'études secondaires*), en attendant son entrée à *l'Ecole dentaire.* Adresser les offres *par poste* aux initiales G. C. aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne. (66-^{2})

---

12 **A céder, DANS LE MIDI,** *Clientèle aristocratique.* Conditions : Moitié au moins comptant. Bail à volonté. Affaire des plus sérieuse. S'adresser à M. le Dr Du Bouchet, boulevard des Capucines, 8, Paris. (67-^{2})

---

13 **A vendre pour cause de décès**

ENSEMBLE OU SÉPARÉMENT

Vingt actions au porteur, de 250 fr. l'une produisant 5 0/0 d'intérêt, de la Société française de fournitures dentaires ***(anciens établissements***
14 ***Kœlliker à Paris).*** — Dernier coupon payé 15 fr., soit 6 0/0 du capital nominal.

S'adresser à M. Vasseur, 9, rue de Londres, Paris. (68,69^2)

(Voir la suite page suivante)

DEMANDES ET OFFRES

PRIX d'une CASE, dans 3 numéros........................ **8** francs.
payable d'avance. (Pour les Abonnés de *L'Odontologie*. **5** »).

L'Administration de L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

---

15 *JEUNE DIPLOMÉ* de l'*Ecole dentaire de Paris* et de la *faculté de médecine de Paris*, au courant du *Bridge* et des *obturations de porcelaine*, demande emploi d'*assistant* en *Allemagne*. Ecrire *par poste* à G. R. C. aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne. (70²)

---

16 **DENTISTE AMERICAIN** M. D. ; D. D. S. **Bon praticien,** 21 ans de pratique, désire une situation **D'OPERATEUR-ASSOCIE,** soit en *France*, *Italie*, *Espagne*, *Grèce* ou *Turquie*. Ecrire au Dr Campbell, 215, Piccadilly, Londres W. (71-1)

---

17 On désire placer comme **APPRENTI** mécanicien, un jeune garçon qui vient d'obtenir son *certificat d'Etudes primaires*. Ecrire *par poste* à Mme D. aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne. (72-1)

---

18 On désire *REPRENDRE* au *COMPTANT* à *Paris* un *Cabinet dentaire*. 100 à 200.000 francs. Ecrire à M. le Dr Magdelaine, 6, rue de Laborde, Paris. (73-1)

---

19 **On demande** à **ACHETER** dans le carré compris entre l'*Opéra*, la *Bourse*, le *Théâtre français*, le *Faubourg Montmartre* et la *rue Lafayette*, un **CABINET** produisant une *quarantaine de mille francs* d'affaires. *Ecrire par poste* à L. S. aux soins du journal. (74-1)

---

20 **TRES PRESSÉ.** — A céder **pour cause de santé dans grande ville du Nord** de 48.000 habitants dépourvus de tout Dentiste sérieux, Cabinet de chirurgie dentaire très bien situé. *Position d'avenir* pour *jeune dentiste diplômé*. On céderait pour *prix de l'agencement* et du matériel. Occasion exceptionnelle. Ecrire par poste aux initiales E. B. 1500, aux soins de M. Papot, 45, rue de la Tour-d'Auvergne. (75-1)

---

21 *Par suite de maladie grave*, *CABINET* d'un rapport, garanti par acte, de 13.500 fr. à *REMETTRE* dans *charmante ville du Midi* de 25.000 habitants ; prix à débattre. — Ecrire par poste aux initiales E. M., aux soins de M. Papot. (76-1)

---

22 **PRESSÉ. Cause Départ** à céder **bon cabinet**, *grande ville du Midi*. Affaires 25 à 30.000 francs, peu de frais généraux. Peu comptant. S'adresser Reymond frères, 44, place République, Lyon. (77-1)

---

23 **A CÉDER** dans **grande ville**, après **décès**, **TRÈS BON CABINET DENTAIRE** *connu depuis longtemps*. Chiffre d'affaires 45 à 50.000 francs. Très peu de frais généraux. On traiterait à très bon compte avec personne payant comptant ou solvable. Ecrire par poste aux initiales D. M. B. aux soins de M. Papot, 45, rue de la Tour-d'Auvergne. (78-1)

---

24 *DIPLOMÉ École dentaire de Paris*, six ans de pratique, sachant faire *crown* et *Bridge*, demande place *ASSISTANT*, Paris. Ecrire par poste aux initiales K. Z. aux soins de l'Administration du Journal. (79-1)

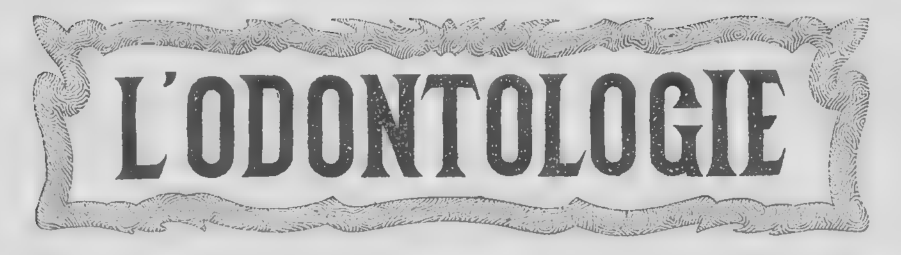
---

25 **On demande** pour un **BON CABINET** de *Lyon*, un jeune dentiste diplômé. S'adresser aux initiales L. M. aux soins de MM. Reymond frères, 44, place de la République, à Lyon. (80-1)

---

26 **URGENT.** *Veuve de dentiste* ayant eu des revers de fortune, demande une **situation quelconque**, soit dame de compagnie, comptable, etc. Ecrire par poste à madame B. aux soins du journal. (81-1)

21e ANNÉE. N° 20 30 OCTOBRE 1901 Vol. XXVI



Travaux Originaux

INCLUSION D'UNE DENT DE SAGESSE

DANS LA PARTIE SUPÉRIEURE DE LA BRANCHE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR

Par le Dr N. Etchepareborda. D. E. D. P.

Professeur de pathologie des dents et de la bouche à la Faculté de médecine de Buenos-Ayres.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris, séance du 29 octobre 1901.)

Le cas clinique qui fait l'objet de cette étude donne lieu à plusieurs considérations du plus haut intérêt pratique.

M. G..., âgé de 40 ans, de constitution robuste, assistant à un banquet par une nuit très chaude du mois de décembre, reçut pendant toute la durée d'un dîner, sur la moitié gauche de la figure, un courant d'air envoyé par un puissant ventilateur électrique. Quelques heures après, la maladie éclatait brusquement. Du côté gauche, vers l'angle de la mâchoire, un gonflement apparaît, en même temps, que les mouvements de la mâchoire deviennent douloureux.

Ce n'était pas la première fois que pareil accident survenait, mais jamais il ne s'était produit avec autant d'imprévu et de violence. En effet, par trois ou quatre fois déjà, après

une attaque d'influenza, M. G... avait eu des fluxions assez légères, occasionnées, d'après le dentiste qui le soignait, par des débris alimentaires, fluxions qui disparaissaient très rapidement, avec une thérapeutique fort simple.

Le lendemain du banquet, exactement le 13 décembre, M. G... consulte un médecin, qui lui ordonne de garder le lit, et lui prescrit un purgatif.

Pendant quelques jours la maladie ne progresse pas, mais bientôt le gonflement commence à augmenter. Le 20, à travers une petite ouverture, le pus se fraye un passage dans la bouche.

Ce même jour, je suis appelé en consultation par le médecin qui se trouvait quelque peu embarrassé en présence d'un cas qui n'était pas de sa compétence spéciale.

Pour établir le traitement rationnel, il fallait tout d'abord faire un diagnostic exact, au double point de vue nosologique et étiologique.

Le diagnostic nosologique s'imposait. Il s'agissait dans ce cas d'une *ostéo-périostite*, suivie de *phlegmon circonscrit*.

Pour poser le diagnostic étiologique, je me suis rappelé l'affirmation d'Allen[1] qui a pour moi force de loi.

« Toutes les maladies de la portion postérieure du maxillaire inférieur ont une origine dentaire. »

Aussi, je procédai à l'examen minutieux de la bouche, examen rendu difficile par la constriction.

Toutes les dents étaient saines, mais les quatre dents de sagesse manquaient.

Avec un explorateur, je les cherchai sans succès, derrière les deuxièmes molaires, où on les trouve d'habitude. Les difficultés que j'éprouvai pour pratiquer cette recherche, et l'espoir de voir le trismus diminuer, me firent remettre un nouvel examen à quelques jours.

Malgré cet insuccès, je fis part à mon confrère de ma conviction que la dent de sagesse devait être rendue seule responsable de tous les accidents présentés par le malade.

---

1. Burchard, *Text book of dental pathology*, pag. 161.

Je basais ma conviction sur les raisons suivantes :

1° Dans ma pratique j'ai eu plusieurs fois l'occasion d'observer des accidents produits par la dent de sagesse analogues à ceux présentés par M. G... ;

2° J'étais en présence d'une ostéo-périostite à répétition, forme très commune et presque caractéristique des manifestations morbides produites par l'évolution de la troisième molaire ;

3° Par l'observation attentive, j'étais aussi amené à ne plus admettre l'existence de l'ostéo-périostite idiopathique.

Avec Haydenreich [1], je pense que toutes les ostéites attribuées jadis au rhumatisme ont toujours une origine dentaire.

Si les dents étaient saines, on devait écarter le diagnostic d'une ostéo-périostite consécutive à la carie dentaire ; devait-on admettre alors celui d'une nécrose ? Je ne le crois pas. La nécrose ne constitue pas une maladie primitive et elle ne se développe jamais par poussées, séparées par des périodes d'accalmie. Or, ici, nous assistions à l'évolution intermittente d'une maladie qui avait éclaté en pleine santé sans prodromes ni antécédents dentaires.

Et puis [2] « quand l'apparition d'une maladie dans la région postérieure du maxillaire coïncide avec l'absence de la dent de sagesse, » on doit penser que la dent qui manque peut être incluse dans une » partie quelconque du maxillaire et qu'elle doit être la cause de tous » les accidents ».

Le 22 décembre, j'agrandis la fistule buccale avec le bistouri et je donne ainsi issue à une grande quantité de pus. Aussitôt, le malade se sent soulagé et peut ouvrir un peu la bouche.

La tuméfaction externe persiste, mais légèrement réduite de volume.

Le 25 décembre, incision d'un abcès sous-cutané, situé dans la partie inférieure de la région massétérine. Cette

---

1. Duplay et Reclus, *Traité de chirurgie.*
2. Tomes, *Dental surgery*, 1897.

ouverture demeura fistuleuse pendant toute la durée de la maladie. En faisant des injections par l'orifice externe, le liquide ressortait par la bouche.

L'état du malade se maintient sans changements appréciables jusqu'aux premiers jours de janvier 1901.

Le 5 de ce mois, je fis l'extraction de la deuxième molaire inférieure gauche, qui était un peu sensible à la percussion.

Cette intervention remplissait un double but : frayer la voie pour arriver à sentir la dent de sagesse incriminée et supprimer du même coup l'obstacle à son éruption.

Bien qu'elle soit conseillée par les auteurs classiques, je dois avouer cependant que, dans mon cas, je considère la conduite suivie comme une erreur ; et dorénavant, je me propose de ne plus agir de même, sinon après avoir bien senti la dent de sagesse [1].

Cette dent de sagesse ne se trouvait pas où je l'avais supposé.

Pour avoir une notion exacte de sa situation, je fis faire, le 12 janvier, la radiographie. Cet examen fut très difficile, parce que les mâchoires s'écartaient à peine, au point qu'il fallut employer de la force pour les entr'ouvrir et introduire le doigt porteur de la plaque.

On obtint une épreuve photographique qui montrait très nettement les racines de la première molaire et la zone de maxillaire voisine de la deuxième ; mais on n'apercevait pas trace de la dent de sagesse.

La constriction du maxillaire empêche de prolonger cet examen radioscopique par en haut et par en bas.

Le 15 janvier, il se forme un nouvel abcès, à quelques centimètres au-dessus du premier. Son incision permet l'issue d'une petite quantité de pus.

Je supposai alors que cette dent de sagesse devait se

---

1. Je ne voudrais pas être mal compris.

En cas de besoin, je fais toujours l'extraction de la dent de sagesse avec la langue de carpe, qui permet de l'atteindre, même lorsqu'elle est profondément implantée ; mais je fais allusion ici aux cas où l'on est obligé exceptionnellement d'extraire la seconde molaire.

trouver incluse sous une gencive très ferme et recouverte par une couche épaisse de tissu osseux.

Le malade se trouvait découragé après l'insuccès de ces recherches et devant l'état stationnaire de la maladie. Je pris alors le parti de profiter de l'anesthésie chloroformique pour pratiquer à mon aise un examen et découvrir le corps du délit.

Le 21 janvier, en suivant la voie buccale, je mets à nu une grande portion de maxillaire inférieur, en bas et en arrière. Cette inspection ne montre rien de spécial. Je proposai alors de prolonger cette même séance en prenant la voie externe pour examiner la branche maxillaire; mais on préféra ajourner cette intervention.

Le 25 février, nous pratiquâmes cette nouvelle opération avec l'aide d'un chirurgien dont j'avais requis le concours. Le corps du maxillaire fut complètement exploré, le trajet fistuleux fut curetté, et une petite portion d'os dénudé dut être réséquée. Mais la dent de sagesse n'apparaissait toujours pas.

Le chirurgien qui m'assistait jugea ces manœuvres suffisantes et pensa que nous devions en rester là. S'il avait partagé ma conviction de l'existence d'une dent de sagesse incluse, il n'aurait certainement pas pensé ainsi et limité l'opération.

Cependant, j'acceptai la ligne de conduite qu'il indiquait; on est naturellement porté à se contenter des moyens les plus simples, et, en outre, je crois aussi que, dans de tels cas, « le malade peut être soulagé, alors même que les recherches pour trouver la dent de sagesse restent infructueuses [1] ».

Pendant les premières semaines qui suivirent cette intervention, notre malade se trouva mieux. Il ouvrait plus facilement la bouche, et la tuméfaction diminuait considérablement.

Tout à coup, le 14 mars, la figure s'enfle de nouveau, le

---

1. Haydenreich, *Des accidents provoqués par l'éruption de la dent de sagesse.*

trismus réapparaît. Le lendemain, nous retirons par la bouche un morceau du rebord alvéolaire : une légère amélioration s'ensuit.

A la fin du mois de mars, une nouvelle poussée se produit et du pus sort abondamment par la fistule externe.

Les premiers jours d'avril, la fistule buccale se fermait définitivement.

A travers la fistule cutanée on pouvait introduire de bas en haut un stylet qui pénétrait à une profondeur de huit à dix centimètres. Depuis ce jour, le stylet prenait la même direction et s'arrêtait au même point, au niveau du condyle.

Le 25 avril, la situation n'avait pas changé. Je fais pratiquer encore une fois un examen radioscopique, en me servant du puissant appareil de Hirschmann, installé dans le service médical du journal *La Prensa*. Le résultat fut aussi négatif que les autres.

Comme le malade ne souffrait pas, afin de lui laisser quelque temps pour s'occuper de ses affaires, nous décidâmes de temporiser, prêt à intervenir à la première alerte.

Mais la situation se prolongeait et devenait réellement insupportable pour le malade, dont le moral était très touché. Nous conseillâmes alors une nouvelle opération, qui devait être aussi longue et complète qu'il était possible, pour qu'elle fût définitive.

Mais avant de décrire en détail cette dernière opération, je dois appeler l'attention sur une constatation en quelque sorte négative, et qui a par cela même une grande valeur en clinique : c'est l'absence de nécrose au cours d'un processus morbide, osseux, qui dure depuis huit mois.

Comme Moty[1] l'avait déjà signalé et comme j'ai pu le constater bien des fois, la nécrose est, en effet, très rare comme accident provoqué par la dent de sagesse.

Le 6 août a lieu la dernière opération. Incision de la peau

1. Moty, *Accidents de la dent de sagesse. Revue de chirurgie*, page 746, juin 1901. Paris.

en L renversé, très étendue, car nous nous proposons de faire l'examen de toute la branche.

Au premier abord, on n'apercevait rien d'anormal. Mais, en regardant plus attentivement, on remarque tout en haut une saillie de l'os. Cette saillie fut décortiquée avec la gouge et le maillet, et la dent apparut aussitôt. Son extraction fut facile. Elle était obliquement placée dans une coque osseuse, immédiatement au-dessous de l'échancrure sigmoïde, la couronne regardant en bas, les racines dirigées en haut et en arrière, vers le condyle. Elle occupait en somme une position semblable à celle du cas de Marshal, tant soit peu plus antérieure; elle était saine, assez grande, ses racines étaient multiples, mais réunies en un seul bloc.

Je dois rappeler ici ce que j'ai dit au commencement que M. G... avait une ossature très forte.

A partir de ce moment, tous les symptômes commencèrent à décliner ; aujourd'hui, 15 septembre, le malade se porte très bien.

Ce cas suggère bien des réflexions.

Nous voyons tout d'abord une dent enfermée dans le maxillaire et enveloppée de toutes parts par du tissu osseux provoquer des accidents très sérieux de nature inflammatoire. Jusqu'ici cependant on admettait en général qu'il était indispensable, pour produire de pareils troubles, que la dent de sagesse fût en contact avec le milieu buccal.

Ces idées, soutenues avec chaleur et conviction, il y a quelques années, sont inexactes. Notre cas en donne une preuve indéniable.

Les fondements de cette thèse reposaient sur les différents cas observés de dents de sagesse incluses et spécialement sur ceux de Sanders et de Marshal qui avaient passé inaperçus pendant la vie, et qui étaient des trouvailles d'autopsies.

Que deviennent les germes des dents de sagesse qui ne font pas irruption? La réponse à cette question avait été donnée dans une société savante par une haute autorité :

« Ces germes disparaissent, atrophiés par compression. »

Cependant, les cas de plus en plus nombreux de dents de sagesse qui font éruption à un âge avancé de la vie contredisent cette idée. De nouvelles recherches s'imposent pour résoudre définitivement ce point.

Avec les progrès de la technique radioscopique on pourra dévoiler peut-être un grand nombre de dents de sagesse incluses dans le maxillaire et qui ont une évolution complètement silencieuse.

Cette connaissance préviendra beaucoup d'erreurs.

Je me rappelle avoir vu un cas analogue, il y a une dizaine d'années. Il s'agissait d'une ostéo-périostite du maxillaire inférieur qui persista pendant plus d'un an, avec plusieurs trajets fistuleux, qui ne fut pas suivie de nécrose, et qui ne céda pas après plusieurs interventions. Sur la partie postérieure de ce maxillaire, il n'y avait pas de dents.

Je perdis ce malade de vue.

Aujourd'hui, je puis relier ces accidents à leur véritable cause : l'évolution de la dent de sagesse incluse dans l'os.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES





CONGRÈS D'AJACCIO

1901

SECTION D'ODONTOLOGIE

COMPTES-RENDUS SOMMAIRES PUBLIÉS PAR LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL, Dr SAUVEZ.

Mercredi 11 septembre.

Séance de section à 8 h. 1/2 du matin.

(Suite.)

Présidence de M. CH. GODON.

La parole est donnée à M. Seigle pour la communication suivante :

DE L'UNIFICATION DES MÉTHODES DE REDRESSEMENT A PROPOS D'UN CAS

Par M. SEIGLE,

Professeur de prothèse à l'École dentaire de Bordeaux.

Le rôle du professeur est de tâcher de ramener aux idées et aux pratiques les plus simples l'objet de son enseignement. De cette façon il est sûr d'intéresser le plus grand nombre de ses élèves et d'accomplir sa fonction aussi utilement qu'il est possible. Aujourd'hui, d'ailleurs, que les nouvelles générations adonnées à la pratique dentaire ne suivent plus l'enseignement de jadis et que l'atelier ne les retient que dans une faible proportion, il faut tâcher de modifier nos systèmes d'études d'après les exigences actuelles et donner

à nos élèves des notions simples et précises, applicables s'il se peut dans tous les cas. Ceci est le bagage sommaire qu'ils doivent tenir de nous, libre à eux après, s'ils ont le goût et la volonté de se perfectionner, d'imaginer ou de faire ce qu'ils trouveront de nouveau et de meilleur.

C'est en suivant cet ordre d'idées que j'ai ramené tous les systèmes de redressement inventés jusqu'à ce jour, à celui qui m'a semblé le plus simple, d'application plus facile et plus générale.

J'ai recherché au milieu de tous les systèmes, que je ne condamne pas pour cela, celui qui pouvait répondre à tous les desiderata de simplicité et à tous les cas pathologiques. Je n'ai pas, en décrivant l'appareil que je préconise, la prétention de m'en dire l'inventeur, je n'ai que celle de vouloir être son vulgarisateur et d'appeler ainsi l'attention et les efforts de tous vers les procédés de simplification.

A première vue les cas de redressements paraissent nombreux, mais une étude plus attentive les ramène à trois formes principales qu'il convient d'énumérer :

1° L'antéversion et la rétroversion, mouvement de projection d'une ou de plusieurs dents en dedans ou en dehors de l'arcade dentaire ;

2° La latéroversion mouvement semblable d'une ou de plusieurs dents dans le sens latéral, antéro-antérieur ou postéro-antérieur ;

3° Rotation sur l'axe terme qui se définit par lui-même.

Toutes les anomalies dentaires que combat l'orthopédie se ramènent à ces trois cas.

L'appareil dont je préconise l'emploi en raison de sa simplicité et qui, ainsi que je vais vous le montrer par mes modèles, a raison de tous les cas d'anomalies que je vous ai signalés, se compose :

a. D'une cuvette couvrant une partie plus ou moins grande du palais et de deux gouttières latérales emboîtant les grosses et les petites molaires de chaque côté.

b. A cet appareil on adapte une bande de platine ou d'or assez épaisse. Les points d'attache de cette bande se font

dans l'épaisseur des côtés externes des gouttières molaires. La bande est donc en forme d'arc de cercle prisonnière dans le caoutchouc sur les parties latérales, libre sur la partie antérieure où elle s'applique sur les incisives et les canines.

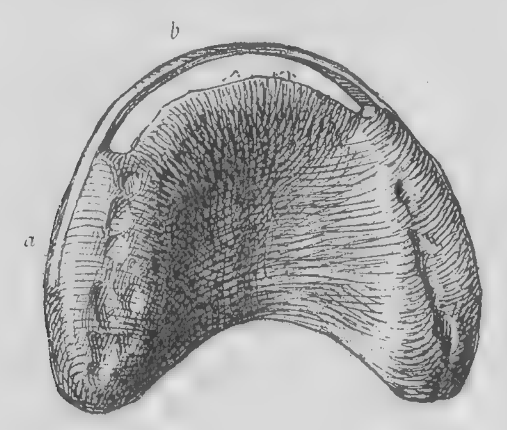


Fig. 1.

Le jeu de cet appareil est bien simple. Avons-nous affaire à une antéversion, la bande de platine nous sert de point d'appui. Nous attachons à sa face interne une bande de caoutchouc, mince d'abord, puis progressivement nous en augmentons l'épaisseur jusqu'à ce que par une pression douce et continue nous ayions fait rentrer dans l'alignement les dents projetées en avant.

Avons-nous affaire à une rétroversion, c'est le mouvement inverse. Nous allons chercher nos points d'appuis sur la cuvette et avec des chevilles de bois d'ichory implantées dans la cuvette nous poussons nos dents d'arrière en avant, de plus en plus, suivant la longueur que nous donnerons à nos chevilles.

S'il s'agit d'une rotation sur l'axe, le problème semble plus difficile. Il n'en est pourtant rien. Nous ferons tour à tour entrer en jeu les leviers que nous plaçons sur nos points d'appui, qui sont en avant et en arrière. Tour à tour, suivant qu'il sera propice, nous prendrons notre force sur la bande ou sur la cuvette et nous ferons pivoter ainsi notre dent.

Je vais maintenant faire passer sous vos yeux, Messieurs,

les résultats que j'ai obtenus, et vous verrez combien ils ont été parfaits, rien que par l'emploi de ce simple appareil, appareil, je le répète, que je ne vous présente pas comme nouveau, mais comme le plus simple, le plus sûr de tous et le plus tolérable pour le patient.

Le premier de ces cas est un prognathisme démesurément accentué de la mâchoire supérieure chez une jeune fille de quatorze ans. Lorsqu'on me la conduisit dans mon cabinet, elle était affreusement défigurée par cet avancement de la mâchoire supérieure : les dents étaient projetées en dehors de la bouche et recouvraient toute la lèvre inférieure ; une béance de deux centimètres environ séparait les incisives inférieures des supérieures.

Une première tentative de redressement avait été faite par un confrère qui avait eu la maladresse, disons-le en passant, d'enlever la canine gauche et qui n'était arrivé malgré tout à aucun résultat.

Je pris donc ce redressement en mains et, après avoir extrait la première prémolaire du côté droit, je construisis l'appareil avec une bande de platine et je le fis fonctionner ; une fois par semaine j'augmentais l'épaisseur de la bande de caoutchouc et après six mois de travail, pendant lesquels je remontai l'appareil trois fois, j'arrivai au résultat le plus satisfaisant, que vous pouvez voir du reste, Messieurs. La bouche, qui avait au début l'aspect d'un triangle à sommet antérieur, a aujourd'hui l'apparence d'un fer à cheval, et les dents sont en articulation normale avec *celles de la mâchoire inférieure.*

Le second cas dont je veux vous parler et dont voici également les modèles est celui d'une dent à rotation sur l'axe.

La dent se présentait dans la bouche par son côté latéral ; il fallait donc lui faire décrire exactement un angle de 45 degrés pour la faire présenter par sa face antérieure.

Dans ces cas certains praticiens préconisent le redressement immédiat, qui consiste, comme vous le savez, à saisir la dent avec un davier et à la tourner dans son alvéole jusqu'à ce qu'elle soit à sa place. Je ne vous cacherai pas que je

suis loin d'être partisan de cette méthode, qui, pour une fois où je la vis employer, détermina de grandes douleurs et en fin de compte entraîna l'extraction.

Avant

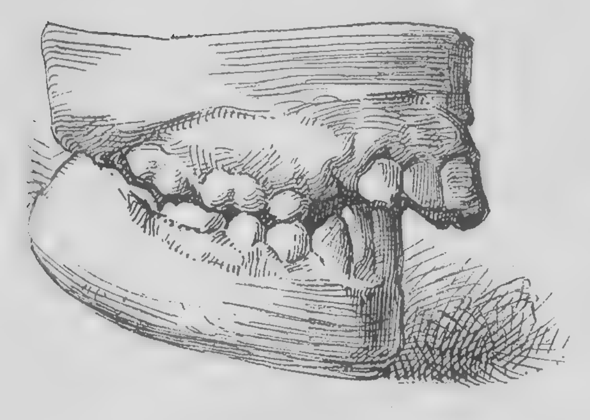


Fig. 2.

Après

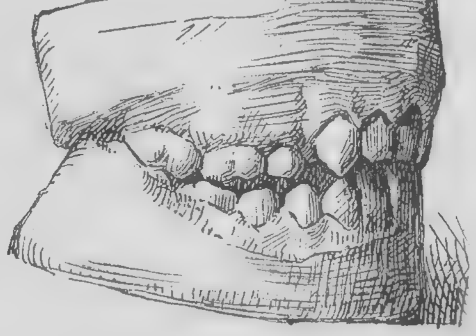


Fig. 3.

Pour le cas qui nous occupe, j'ai employé cet unique appareil de redressement muni de sa bande de platine et, par des poussées graduées en dehors et en dedans, j'ai obtenu le résultat parfait que montrent ces modèles.

Avant

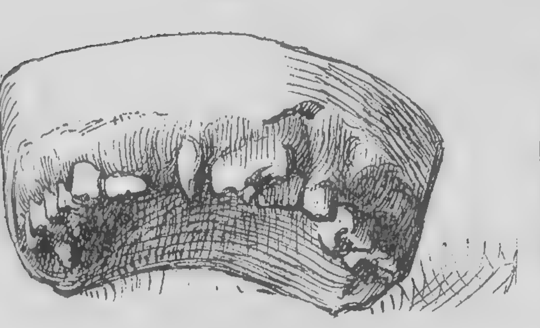


Fig. 4.

Après

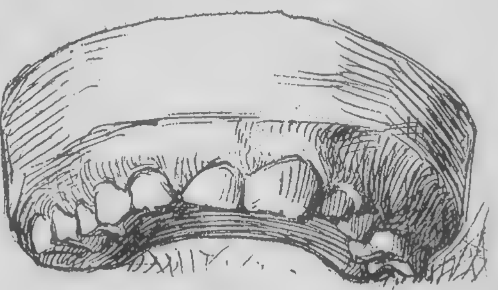


Fig. 5.

Dans un cas de redressement compliqué, dont j'ai également les modèles, j'ai fait fonctionner le même appareil. Il m'a donné, comme toujours, entière satisfaction.

Les dents incisives de la mâchoire supérieure chevauchaient entre elles, toutes les autres dents de la mâchoire étaient très serrées et ne laissaient par conséquent aucun

intervalle pouvant aider au redressement sans enlever de dents ; par contre les deux molaires de six ans étaient cariées au quatrième degré.

J'en profitai pour les extraire et j'obtins ainsi une place, un peu éloignée, il est vrai, des dents incisives. Mais je modifiai légèrement l'appareil que vous connaissez, en ne lui faisant recouvrir que les molaires de douze ans, puis, sur le devant de l'emboîtement de ces dents, dans l'appareil, je fixai un petit crochet qui me servit à maintenir une rondelle de caoutchouc passée autour des deux petites molaires.

Je les renvoyai ainsi en arrière, où elles diminuèrent le vide laissé par l'extraction des deux grosses molaires.

J'obtins par ce moyen un espace d'environ deux millimètres de chaque côté entre les canines et les premières prémolaires ; pour conserver ce vide et débarrasser le patient de la pression constante du caoutchouc, je fixai à l'appareil deux petites ailettes très minces venant s'appliquer sur la face antérieure des prémolaires et les empêchant ainsi de revenir en avant ; à ce moment, où l'espace ne me manquait plus, je pus ainsi faire fonctionner mon appareil par des poussées soit en dedans avec des chevilles, en prenant point d'appui sur le caoutchouc, soit en dehors avec du caoutchouc, en prenant point d'appui sur la bande de métal et

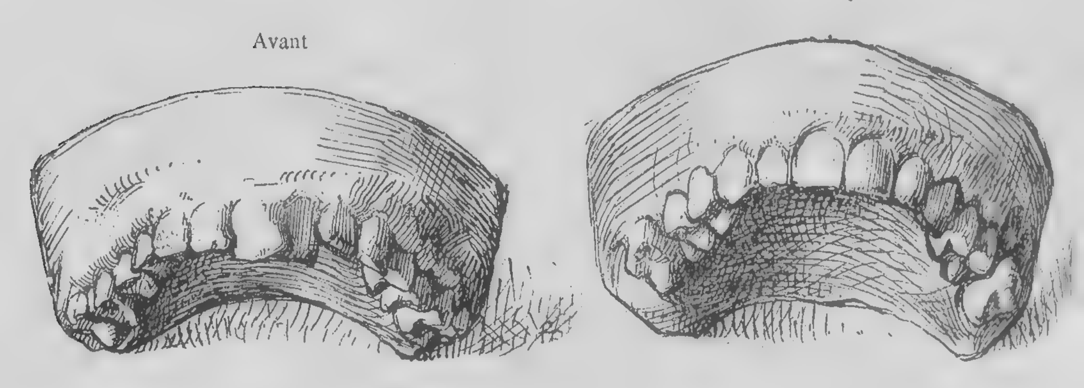


Fig. 6. Fig. 7.

j'obtins le résultat que vous pouvez voir sur ces modèles.

Bien entendu tous ces cas ont été maintenus avec des appa-

reils de contention jusqu'à parfaite ossification des alvéoles.

Mon but, en vous présentant cet appareil que vous connaissez tous, avec son application à tous les cas de redressement, est surtout de faciliter aux générations futures de dentistes, qui seront pour la plupart peu experts dans l'art de la mécanique l'usage d'un appareil de redressement dont la fabrication est simple et adaptable à tous les cas, et qui peut faire partie du bagage de connaissances qu'ils emporteront de l'École.

Je le répète en terminant, mon but est surtout une œuvre de vulgarisation didactique.

DISCUSSION.

M. Lemerle. — Je trouve que l'appareil présenté par M. Seigle n'est autre, avec moins de perfection, que celui de M. Gaillard père, que j'emploie depuis plus de 25 ans. Celui de M. Gaillard père offre à mon avis des avantages considérables sur celui de M. Seigle : d'abord il ne prend pas tout le palais ; de plus j'estime que l'emploi des chevilles de bois qui s'imbibent des acides buccaux est une cause de carie pour les dents qui sont en contact avec elles. Ce danger n'existe pas si l'on se sert des fils de caoutchouc. On peut reprocher à l'appareil Gaillard d'être inamovible ; mais il y a là un avantage, car généralement on opère sur des enfants. L'appareil est maintenu par des fils d'argent passés entre les dents, ce qui permet à l'opérateur de le retirer une fois ou deux par semaine et de le stériliser d'une façon absolue en le faisant rougir, puisqu'il est en métal.

M. Vichot. — Comment procédez-vous pour le maxillaire inférieur ?

M. Seigle. — De la même façon.

M. Kelsey. — Il eût fallu voir les résultats éloignés.

M. Seigle. — Je répondrai à M. Lemerle que je n'ai pas prétendu apporter un procédé nouveau, mon but unique était, comme professeur, de présenter un appareil type, en vue de l'éducation des élèves.

Les chevilles de bois ne peuvent carier les dents car elles sont changées fréquemment, et de plus l'appareil est retiré et lavé à discrétion. Le fil de caoutchouc est souvent très difficile à faire tenir.

A M. Kelsey je dirai que l'appareil de contention mis en dernier lieu peut être gardé comme pour tous les cas d'ailleurs autant de temps qu'il est nécessaire.

M. Lemerle. — Je ferai une dernière remarque. La méthode d'enseignement préconisée par M. Seigle me paraît d'un emploi très restreint et tout à fait contraire à celle qui est en usage à l'Ecole dentaire de Paris.

Vendredi 13 septembre

(Suite).

LES ÉPULIS

LEUR TRAITEMENT A LEUR DÉBUT PAR LE CHIRURGIEN-DENTISTE

Par le Dr Oscar Amoedo,
Professeur à l'Ecole odontotechnique.

Introduction.

Les progrès de la médecine et de la chirurgie ont amené le développement des spécialités. L'activité humaine, ne pouvant tout embrasser, a senti bientôt la nécessité de limiter son champ d'action. L'antiquité nous avait déjà donné des exemples de médecins et de chirurgiens qui s'occupaient plus spécialement de telle ou de telle partie de leur art. Mais de nos jours, les spécialités ont pris une extension nouvelle et raisonnable en somme, puisque celle-ci repose sur le développement des sciences anatomiques et pathologiques.

Certaines de ces branches de la médecine ou de la chirurgie ont leur domaine bien déterminé : l'ophthalmologie réclame l'œil et ses dépendances, l'otologie l'oreille, etc. Pour des raisons diverses l'odontologie n'avait pas jusqu'ici présenté un territoire aussi net, et ce fut avec une approbation unanime qu'au Congrès dentaire de Lyon, en 1898, le Dr Tellier fixa son domaine à la région *gingivo-dentaire.*

Le chirurgien-dentiste en effet, par la nature même des soins qu'il donne, est amené à examiner la bouche dans toutes ses parties, et, s'il est sagace et instruit, il saura voir des choses capables d'échapper au patient. Que de fois il nous est arrivé de surprendre nos malades venus à nous pour une dent cariée, pour un appareil prothétique, en leur annonçant la présence sur leurs gencives d'une petite tumeur, d'un épulis !

A ce point de vue, il est intéressant de noter que notre pratique comme cliniciens nous met dans des conditions

d'observation bien différentes de celles où se trouvent nos maîtres des hôpitaux. Les malades qui se rendent aux consultations hospitalières le font le plus souvent quand déjà l'affection dont ils se plaignent est nettement déclarée, quand même l'intervention est devenue difficile. C'est ce qui arrive pour les épulis.

Ces petites tumeurs, qui naissent sur la gencive, ont une évolution assez lente ; elles présentent en tout cas une période de début pendant laquelle non seulement elles ne constituent pas une gêne, mais elles ne sont pas même connues par le malade. Ce n'est que lorsqu'elles ont pris un assez grand développement qu'elles deviennent gênantes et qu'elles sont aperçues par le sujet. La consultation qui s'impose alors peut bien souvent encore être retardée par cette sorte de timidité qu'ont certains malades à cacher leur état. Ce n'est donc que très tard, le plus souvent lorsque l'affection est déjà en pleine évolution que le chirurgien d'hôpital est amené à faire le diagnostic de ces tumeurs.

Nous autres dentistes, au contraire, nous nous trouvons dans une situation spéciale et tout à fait privilégiée pour l'examen de cette affection. Les malades qui viennent demander nos soins pour leurs dents ignorent très souvent l'existence dans leur bouche de ces petites tumeurs à leur origine. Les soins que nous leur donnons nous amènent donc à les découvrir et, comme nous pouvons les voir tout à fait à leur début, il est de notre devoir d'en faire le diagnostic et d'en établir tout de suite le traitement que nous pouvons appliquer.

C'est pour ces différentes raisons que nous avons voulu traiter aujourd'hui cette question des épulis. Nous insistons pour le moment sur deux points :

Ces tumeurs sont d'origine gingivo-dentaire, elles sont donc dans le champ d'action du chirurgien-dentiste ; celui-ci enfin, par l'inspection quotidienne de la bouche de ses clients, peut les découvrir tout à fait au début de leur évolution et est en mesure dès lors de les traiter utilement.

C'est sur ce traitement des épulis par le chirurgien-dentiste que nous insisterons, après avoir décrit ces tumeurs au point de vue anatomo-pathologique et symptomatologique.

Définition.

La dénomination d'épulis que les anciens ont donnée aux tumeurs apparaissant sur les gencives est très sage et très expressive, bien que fort insuffisante de nos jours. Elle a, en effet, l'avantage d'englober une foule de tumeurs que l'histologie et l'anatomie pathologique ont différenciées dans les temps modernes. Ce mot d'épulis (EPI, sur, OULON, gencive) n'indique pas autre chose que le siège de la tumeur qu'on appelait encore *épulie*, *époulis* et *époulide*. C'est donc là une expression dont la valeur clinique est considérable, et vraiment si la science n'avait pas évolué, nous ne chercherions pas de mot plus exact, plus bref, pour désigner les tumeurs dont nous allons parler. Mais les hommes n'ont pas borné leurs investigations à l'examen morphologique des dites tumeurs (forme, volume, couleur, consistance) ; armés du microscope et aidés des travaux des grands génies du XIX[e] siècle, ils ont pénétré la constitution intime de ces tissus de néoformation et les ont désignés sous d'autres noms : fibrome, sarcome, épithéliome, etc.

Aussi, que reste-t-il de cette ancienne classification ? Rien, sinon un embarras considérable pour le clinicien de nos jours. Ouvrez les traités classiques et la divergence dans la classification sera la preuve du peu de précision qui règne en cette matière. A quelle catégorie de tumeurs doit-on réserver le nom d'épulis ? Certains auteurs décrivent des fibromes, des ostéomes et des sarcomes, etc., puis çà et là, au cours de leur description, les uns, au sujet des fibromes, les autres, au sujet des sarcomes parlent des épulis. Mais, en réalité, il n'y a là rien de précis et nous avouons que nous avons hésité beaucoup pour établir le titre de cette communication.

Tout le monde accorde qu'une épulis est une tumeur qui

apparaît sur les gencives ; c'est là une vérité clinique, mais quelle est la nature de cette tumeur? Est-elle fibreuse? épithéliale? Voilà où les divergences naissent. C'est qu'en réalité la tumeur épigingivale peut être tout cela et qu'on a de nombreux exemples vérifiés par l'examen histologique de ces différentes variétés.

Un court aperçu sur l'historique de cette affection nous renseignera amplement sur les fluctuations de cette appellation.

Historique.

Ces tumeurs sont connues depuis la plus haute antiquité. Observées fort probablement par Hippocrate et ses successeurs, elles furent mentionnées par Celse, Scribonius, Galien, Cœlius Aurelianus. Aétius et Paul d'Egine en recommandent le traitement par l'incision. Les médecins arabes, pour éviter les hémorragies consécutives, conseillèrent la cautérisation au fer rouge. Abulcasis, ayant observé de fréquentes récidives, recommanda d'appliquer sur la plaie du vert de gris.

Les auteurs du moyen âge nous ont laissé de nombreuses observations d'épulis. Guy de Chauliac, Valescus de Tarente, A. Paré, F. d'Aquapendente, Fabrice de Hilden, Severin, etc. en relatent les symptômes divers et le traitement dans leurs œuvres.

L'excision et la cautérisation sont toujours les moyens les plus employés. A cette liste déjà longue, il serait juste toutefois d'ajouter les noms d'observateurs consciencieux : Stalpart Vanderwiel, L. Heister, Fauchard, Heuermann, Bourdet, J. Hunter, Jourdain, Richter, Callisen.

Jusqu'à la dernière moitié du XIX[e] siècle on comprenait sous la dénomination d'épulis toutes les tumeurs solides qui paraissaient sur la partie gingivo-dentaire des maxillaires. On spécifiait cependant diverses variétés, et Petit, dans son article « Epulie » du *Dictionnaire des Sciences médicales* publié par Panckoucke en 1815, s'appuyant sur les observa-

tions des auteurs que nous avons cités, établissait cinq variétés d'épulie :

1° Épulie simple sans altération des gencives ;

2° Épulie cartilagineuse ;

3° Épulie, suite de parulie occasionnée par la carie d'une ou de plusieurs dents ;

4° Épulie avec carie de l'os maxillaire ;

5° Épulie produite par la nécrose de l'os maxillaire.

Cette division purement étiologique ne pouvait durer longtemps, et lorsque les progrès de l'histologie et de l'anatomie pathologique eurent montré la nature intime des tissus qui composent ces néoformations, elle fut définitivement abandonnée par les médecins et les chirurgiens. Les dentistes, cependant, continuèrent de la suivre dans leurs descriptions, et de nos jours encore on trouve dans certains traités et manuels destinés à l'enseignement un chapitre spécial consacré à ces tumeurs.

Dès 1872 cependant, Guyon dans sa remarquable étude du *Dictionnaire Dechambre* disait à ce sujet : « On sait que le terme d'épulis se rapporte seulement aux caractères cliniques de certaines productions qui paraissent implantées sur la gencive ; au point de vue anatomique, on doit admettre des épulis fibreuse, sarcomateuse, cancéreuse, etc... Il n'y a donc pas lieu de conserver cette dénomination dans une classification des tumeurs. »

L'éminent chirurgien, on le voit, tranchait hardiment le problème et décrivait des fibromes, des enchondromes, des ostéomes, des lipomes, des sarcomes, des myxomes, des carcinomes, et dans chacune de ces variétés indiquait celles qui peuvent aboutir à l'épulis, c'est-à-dire à l'apparition sur la gencive.

Broca (*Traité de Chirurgie*, tome V) remarque avec raison que cette classification grossière est insuffisante aujourd'hui, que les détails anatomiques et cliniques propres à chacune des variétés de tumeur englobées sous la dénomination d'épulis commencent à être mieux connues, et il note la tendance actuelle qui est de réserver le nom d'épulis aux tu-

meurs de nature conjonctive, c'est-à-dire aux fibromes et aux ostéosarcomes. Il divise ces tumeurs conjonctives d'après leur origine muqueuse ou sous muqueuse et alvéolaire, et décrit les fibromes, les sarcomes et les chondromes.

Kirmisson donne une division à peu près semblable et décrit des fibromes, des enchondromes, des ostéomes, des sarcomes, des myxomes et des épithéliomes. Les fibromes, les sarcomes et aussi les épithéliomes peuvent, selon lui, donner lieu à autant de variétés d'épulis.

Mais si ce terme d'épulis est si vague, ne conviendrait-il pas de s'en défaire et de le reléguer dans la nomenclature historique ? En somme qu'indique-t-il ? Quelque chose, une néoformation apparaissant sur la gencive ; il indique, en précisant le siège, qu'il y a une tumeur. Dès lors on serait en droit de s'en passer et de dire, en parlant de l'affection qui nous occupe, tumeur fibreuse, tumeur sarcomateuse, etc. Enfin, pour simplifier encore, on pourra dire seulement fibrome, sarcome, etc.

C'est cette nomenclature que nous suivrons, et nous étudierons ces différentes tumeurs qui peuvent apparaître sur les gencives.

Pour être complet nous décrirons toutes ces tumeurs et nous en reconnaîtrons trois classes importa es :

1° Les tumeurs fibreuses ;

2° Les tumeurs sarcomateuses ;

3° Les tumeurs épithéliales.

Nous noterons en dernier lieu que certaines épulis peuvent être des tumeurs chondromateuses, mais ces cas sont rares.

Anatomie pathologique.

1° *Fibromes* (épulis fibreuses).

Nous ne parlerons pas ici des fibromes centraux d'après la division de Paget, puisque ces tumeurs, qui peuvent acquérir un développement énorme, ne sont jamais des épulis.

Les fibromes périphériques au contraire, sont des épulis.

Ils ont leur point de départ au niveau du bord alvéolaire dans l'intervalle qui sépare deux dents voisines. Leur volume est d'ordinaire peu considérable et un pédicule mince les réunit au point d'implantation. On a vu des épulis fibreuses envahir cependant l'os progressivement et pénètrer dans l'antre d'Highmore.

Ces tumeurs, qu'elles soient centrales ou périphériques, sont formées de faisceaux de tissu fibreux entrecroisés et groupés en lobules. Elles peuvent subir des transformations partielles (calcification), ossification (Lee), chondrification.

Certains auteurs ont signalé des transformations en sarcomes (recurrent fibroïd des Anglais). Enfin le frottement avec les dents, la pression que leur fait subir la mastication ont souvent produit des ulcérations et des suppurations de ces tumeurs.

2° *Sarcomes* (épulis sarcomateuses).

Le sarcome est la forme habituelle des tumeurs qui apparaissent sur la gencive au niveau du bord libre de l'arcade dentaire.

On sait, d'autre part, que les sarcomes sont les plus fréquentes de toutes les tumeurs des maxillaires. Le point de départ de l'épulis sarcomateuse est variable.

Pour Virchow l'épulis est une production sous-périostique ; Richet et Verneuil, Magitot ont apporté des observations où la tumeur sortait de l'intérieur d'un alvéole. Pour Nélaton son point de départ serait la moelle osseuse.

Quelle que soit son origine anatomique, l'épulis sarcomateuse forme ordinairement une masse molle, irrégulière, paraissant implantée à la surface de l'os dans des points variables.

Cornil et Ranvier en donnent les caractères histologiques suivants :

« Les épulis sont tantôt des sarcomes myéloïdes, tantôt des sarcomes ossifiants. Ces tumeurs, recouvertes par la muqueuse buccale, présentent au milieu de leur masse ou

à leur périphérie des trabécules osseuses, plus ou moins complètes sous forme de rayons s'éloignant de leur base d'implantation, ou irrégulièrement disposées. Ces trabécules sont entourées de toutes parts d'un tissu conjonctif à cellules fusiformes, plus ou moins riches en myéloplaxes ; elles offrent dans leur intérieur de véritables corpuscules osseux à prolongements anastomotiques bien nets, mais moins nombreux, plus larges d'habitude que ceux du tissu osseux physiologique.

A la périphérie de ces trabécules osseuses il n'est pas rare de voir de jeunes cellules situées à moitié dans le tissu médullaire et englobées par moitié dans l'os, dont on surprend ainsi le développement.

Enfin des travées osseuses en voie de formation, qui sont toujours implantées sur l'os ancien, se dégagent des fibres rigides. Ces fibres, fibres arciformes de l'encoche d'ossification, fibres de Sharpey quand elles sont comprises dans l'épaisseur de l'os, sont parfois en si grand nombre dans les épulis qu'elles forment alors la plus grande partie de ces petites tumeurs.

On pourrait se demander si les épulis sont des ostéomes ou des sarcomes. Elles tiennent de l'ostéome par la propriété qu'elles ont d'engendrer de l'os ; mais il n'y a jamais de transformation osseuse complète dans ces tumeurs : elles offrent simplement une ébauche d'ossification. C'est en raison de ces caractères qu'il faut les ranger dans les sarcomes. (Cornil et Ranvier.)

Les sarcomes à myéloplaxes sont plus particulièrement des tumeurs d'origine périostique, osseuse ou médullaire, ainsi que le démontre la composition des épulis observées à la mâchoire supérieure ou inférieure et au niveau des gencives.

A l'œil nu ces tumeurs sont déjà reconnaissables. Sur une section, elles présentent une teinte chamois plus ou moins foncé, tandis que les sarcomes ordinaires sont gris, rose ou blanc.

Leur constance est remarquable aussi, ce qui tient à la présence de formations ossiformes.

Les chondromes sont rares, avons-nous dit. Quelques tumeurs de ce genre, cependant, peuvent former des épulis, puisqu'elles naissent soit dans l'épaisseur même des os, soit sous le périoste.

De nature ordinairement fibro-cartilagineuse, les chondromes peuvent parfois s'associer aux sarcomes. C'est du moins l'opinion admise en Allemagne par Billroth et confirmée en France par les belles recherches de Ranvier.

3° *Tumeurs épithéliomateuses* (épulis épithéliales).

Ces tumeurs occupent d'ordinaire à leur origine le bord alvéolaire et font saillie au-dessus de la muqueuse gingivale. Mais rapidement l'épulis, quand elle est dans cette nature, prend de l'extension et se propage au loin dans l'os et les tissus circonvoisins.

D'ailleurs, bien qu'il ne soit pas douteux que dans certains cas, les épulis soient de nature épithéliomateuse, on a coutume de considérer cette catégorie de tumeur comme essentiellement bénigne et par conséquent d'en exclure les épithéliomes. C'est pour nous conformer à l'usage que nous décrivons ici les épithéliomes épigingivaux, car, si par leur siège ils rentrent dans les épulis, par leur nature essentiellement envahissante, par leur développement plus rapide, ils s'éloignent tout à fait des épulis qui sont d'ordinaire bénignes.

Étiologie.

Les épulis s'observent surtout chez de jeunes sujets ; on peut toutefois les voir apparaître à tous les âges. Toutes les causes d'irritation locales (chicots, avulsion des dents, présence de racines dans les alvéoles) ont été invoquées comme facteurs étiologiques.

Les pièces prothétiques avec leurs crochets ont été incriminées à juste titre par nombre d'auteurs.

Qu'il s'agisse de fibromes, de sarcomes, d'épithéliomes ou de chondromes, le traumatisme joue assurément un rôle considérable. L'origine dentaire est indiscutable dans un

nombre important de cas observés. C'est aussi avec raison que E. Nélaton a fait remarquer que les tumeurs à myéloplaxes sont une affection du jeune âge et souvent de l'enfance, qu'elles se développent d'ordinaire entre 15 et 25 ans. Quant aux épithéliomes, leur origine n'est pas plus connue que celle du cancer en général.

Ces considérations étiologiques, qui sont classiques et que l'on rencontre dans tous les auteurs, sont incomplètes, à notre avis. Elles laissent de côté un point important, qui est l'état chimique de la bouche. On sait que cette région du corps est un milieu riche en microbes de toutes espèces, que la sécrétion salivaire, même normale, y constitue un milieu de développement remarquable pour les micro-organismes et qu'enfin il est très fréquent que le coefficient acide ou alcalin de ce milieu soit vicié. Il se produit alors des dépôts de tartre, et nous incriminons beaucoup ce tartre comme facteur étiologique des épulis. Nous voulons parler ici de ce tartre séreux qui se dépose sur le collet des dents et non du tartre phosphatique qui se dépose autour de la couronne.

Symptomatologie.

1° Les syptômes fonctionnels des épulis fibreuses sont nuls au début, et, si la tumeur reste petite, ils peuvent manquer pendant toute la maladie.

Le fibrome périphérique apparaît d'abord comme une légère saillie au niveau du bord alvéolaire. Quand il a atteint un certain développement, il soulève la joue et provoque une déformation faciale plus ou moins accentuée. Sa forme reste arrondie tant que son volume est petit ; mais plus tard il se moule sur les parties osseuses voisines.

L'exploration digitale indique une tumeur dure, de consistance égale, lisse, à muqueuse saine et mobile. Il n'y a jamais de retentissement ganglionnaire. Enfin, s'il y a ulcération, elle est toute mécanique, et on ne trouve jamais de fongosités saignantes de mauvaise nature.

La marche de la tumeur est très lente et elle ne se repro-

duit pas en général après l'ablation. Cependant, on a cité de nombreux cas de récidive, mais on peut en attribuer la plupart, croyons-nous, à des extirpations incomplètes.

2° Le sarcome présente des caractères tout différents lorsque la tumeur a évolué un certain temps. Elle est molle, de couleur rouge et tellement vascularisée parfois, s'il s'agit d'une tumeur à myéloplaxes, qu'on peut sentir dans son intérieur de véritables battements. Les autres sarcomes sont de consistance inégale et sont durs par places, mais ce qui les caractérise surtout, c'est leur développement rapide, l'engorgement des ganglions et l'existence de douleurs. Leur volume peut être considérable, la muqueuse s'ulcère alors des bourgeons fongueux, saignants, apparaissent.

3° Les épithéliomes présentent des syptômes communs avec les fibromes et les sarcomes dans une première période, mais ils s'en distinguent bientôt par des caractères fort nets. Les tissus voisins sont plus rapidement envahis que dans les sarcomes.

La saillie épigingivale est recouverte dans le début par une muqueuse violacée ; puis la tuméfaction s'étend, s'ulcère et saigne avec une grande facilité. La joue est bientôt prise et la peau détruite. L'aspect du malade est alors caractéristique, et nous n'insisterons pas sur les signes classiques du cancer qu'il présente : douleurs, engorgements ganglionnaires, suintement fétide, etc.

Diagnostic. — A la première période de l'affection, le diagnostic peut être hésitant et souvent même impossible.

Le fibrome, le sarcome, le chondrome, l'épithéliome présenteront les mêmes caractères ou à peu près,

A la deuxième période, au contraire, lorsque la tumeur aura évolué, le diagnostic sera plus facile. La dureté, la forme arrondie, lisse, la consistance égale dans tous les points, l'indolence, la lenteur du développement sont les caractères des épulis fibromateuses.

Les chondromes et les ostéomes de la même région pour-

ront cependant embarrasser le clinicien, quoique leur plus grande dureté pour les seconds et leur extrême rareté pour les premiers soient des caractères suffisants.

Les sarcomes se distinguent des fibromes par leur développement plus rapide, par l'engorgement ganglionnaire, le volume parfois considérable et par l'existence des douleurs.

Ces derniers symptômes, il est vrai, sont communs aux sarcomes et aux épithéliomes, mais dans cette dernière catégorie d'épulis la marche est encore plus rapide, et les ulcérations sont plus prématurées.

Les sarcomes à myéloplaxes seront distingués des tumeurs érectiles grâce à leur irréductibilité. Les tumeurs sanguines seront précédées d'un traumatisme.

Guyon (loc. cit.) conseille avec raison de ne pas se borner au diagnostic anatomique, mais de rechercher avec soin dans quelle étendue l'os ou les tissus voisins sont envahis. L'intervention dépendra en effet de cette connaissance et son efficacité s'en ressentira directement.

Le même auteur conseille enfin de pratiquer avant l'opération une ponction de la tumeur afin de s'assurer du diagnostic.

Marche et pronostic. — Le développement est lent avec les épulis fibreuses et le pronostic bénin. Ces tumeurs peuvent cependant accélérer leur croissance sous l'influence d'un traumatisme et acquérir un volume considérable. Ce sont des tumeurs bénignes en général, bien qu'on ait signalé des cas de récidive avec généralisation. Certains auteurs admettent la transformation des fibromes en sarcomes. Il est de règle toutefois que la tumeur ne se reproduise pas après une ablation large.

Les sarcomes n'offrent pas une malignité plus grande lorsque leur volume est peu considérable ; mais si la tumeur a envahi toute la région, le pronostic sera grave. C'est dans cette catégorie d'épulis surtout qu'un traitement énergique dès le début prévient des accidents considérables. En somme la bénignité relative des épulis sarcomateuses

résulte du siège même de l'affection qui permet de les reconnaître de bonne heure. C'est ici donc que l'intervention du chirurgien-dentiste sera utile, parce qu'elle se produira à temps.

Les épithéliomes par leur nature, par leur marche rapide, sont, au contraire, essentiellement malins.

Cependant il est remarquable que l'état général des malades reste assez satisfaisant, et que ce que l'on appelle cachexie cancéreuse manque souvent.

Ce n'est que très tard que la généralisation du mal emporte le malade.

La guérison est cependant possible après une extirpation complète d'une épulis épithéliale.

Traitement.

Nous avons vu qu'il est difficile d'établir un diagnostic différentiel de ces tumeurs dans la première période de leur évolution. Aussi à ce moment le traitement sera-t-il le même, quelle que soit la nature de l'épulis. Il offre cependant, des variations.

Voici notre manière d'opérer :

Si la tumeur est molle, saignante, c'est-à-dire probablement d'origine sarcomateuse, les cautérisations chimiques seront suffisantes.

A cet effet, au moyen d'un fil de platine ou d'une spatule en bois trempé dans une solution d'acide chromique monohydratée, on pique la tumeur en différents sens, en ayant soin de pénétrer jusqu'au fond de l'alvéole. On devra au préalable nettoyer la bouche et enlever très soigneusement le tartre séreux qui recouvre le collet de la dent. Sous l'influence de ces piqûres à l'acide chromique la tumeur prend une teinte violacée, sphacèle et tombe au bout de deux ou trois jours.

A ce moment il convient de refaire une nouvelle application d'acide chromique, qu'on pourra renouveler jusqu'à disparition complète de la tumeur.

L'enlèvement du tartre est un des temps importants de ce traitement. On peut se servir avantageusement de la série d'instruments Darby-Perry et en particulier du n° 3.

Si, après la disparition de la partie proéminente de la tumeur, la gencive autour de la dent demeure rouge et congestionnée, c'est la preuve qu'il reste des parcelles de tartre qui, encore attachées à la dent, entretiennent l'irritation. Il est besoin, très souvent, de plusieurs applications d'acide chromique, pour amener la disparition complète de ces tumeurs. Il importe aussi d'entretenir la bouche dans un état de propreté minutieux en employant des savonnages et une solution de permanganate de potasse à 1/4000.

Pour les tumeurs dures (fibromes, chondromes) qui ne laissent pénétrer ni le fil de platine, ni la spatule en bois, il convient d'employer le thermocautère. Il faut avoir soin alors d'aller profondément dans la tumeur pour détruire son insertion, soit sur le périoste alvéolaire, soit sur le périoste dentaire. On doit surveiller la cicatrisation et détruire les fongosités avec l'acide chromique.

Même si la tumeur dont le diagnostic est incertain était de nature épithéliale, l'intervention serait encore indiquée. Mais ici le traitement devrait être plus énergique encore, et dans ce cas la cautérisation ignée faite sur la tumeur et dans les tissus voisins aurait peut-être pour résultat d'enrayer les progrès d'affection.

A une période plus avancée de la maladie, l'intervention est plus complète. Il faut pratiquer l'extraction des dents voisines, ruginer l'os, faire des cautérisations très profondes et surveiller la cicatrisation comme plus haut. Si les tumeurs sont pédiculées, il y aura indication de se servir de la ligature en masse préconisée par les anciens et suivie également de cautérisation profonde au fer rouge.

L'extraction de la dent, en faisant disparaître les procès alvéolaires, fait disparaître aussi le point d'implantation de la tumeur. C'est là une loi de pathologie générale qui trouve ici une heureuse application thérapeutique.

Dans le cas où la tumeur récidivera, ou bien lorsqu'elle

aura acquis un développement considérable, on pourra adresser le malade à un chirurgien des hôpitaux. Le traitement, en effet, n'est plus une opération de chirurgie courante, mais nécessite une habitude spéciale, que les chirurgiens-dentistes voudront bien reconnaître hors de leur sphère. Autant il est facile d'inciser et de cautériser une épulis à son début, autant certaines opérations sur ces mêmes tumeurs, quand elles ont envahi une plus grande surface, sont dangereuses, sujettes à récidive et hors des moyens ordinaires que possèdent les chirurgiens-dentistes.

Conclusion.

Les épulis sont des tumeurs bénignes en général au point de vue clinique, quelle que soit leur nature histologique.

Le chirurgien-dentiste, par l'inspection fréquente de la bouche des sujets, peut les apercevoir dès leur début alors que les malades même ignorent leur présence.

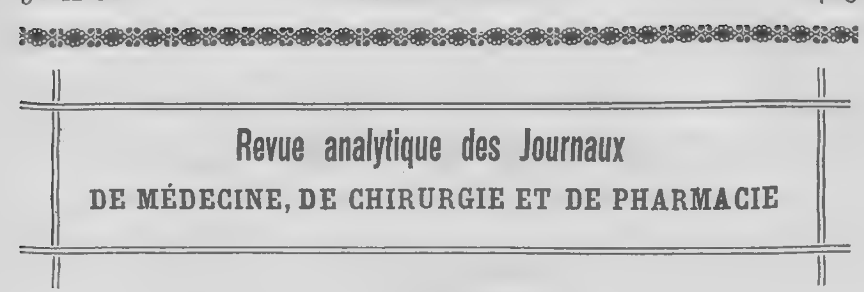
Les épulis à cette période doivent être diagnostiquées par le chirurgien-dentiste.

La cautérisation chimique à l'acide chromique, la cautérisation ignée au thermocautère ou au galvano-cautère sont des méthodes de choix qu'il devra employer.

L'ablation du tartre et l'antisepsie buccale seront une des bases du traitement.

Dans les cas où l'affection sera plus étendue, le chirurgien-dentiste confiera les malades aux chirurgiens des hôpitaux.

(A suivre.)



Revue analytique des Journaux
DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE

I. — Fracture.

A la *Société d'anatomie de Bordeaux,* M. le médecin-major Grouille présente un malade atteint d'une fracture de la branche montante gauche du maxillaire inférieur par suite d'un coup de pied de cheval. Après la consolidation supposée parfaite on retira la fronde, mais l'écartement des mâchoires au niveau de la portion moyenne constaté tout d'abord persista. L'explication de ce fait ne peut se trouver qu'en admettant une consolidation en position vicieuse, le fragment inférieur s'étant porté en avant.

II. — Hérédité et anomalies dentaires.

A l'Académie de médecine, M. Galippe dit que les mêmes anomalies dentaires s'observent souvent dans la même famille. Les descendants de tuberculeux, d'alcooliques, de névrophates portent des anomalies sans étiologie déterminée de forme. Les droitiers aussi ont des anomalies, mais ils les présentent à gauche et réciproquement. Il existe aussi une hérédité dentaire tératologique : un parent peut transmettre à son descendant une anomalie dont il est porteur ; les deux hérédités peuvent aussi très souvent se trouver réunies.

III. — Le chlorure d'éthyle.

M. Bardet, dans les *Nouveautés médicales*, recommande l'emploi du chlorure d'éthyle pour amener plus à fond l'anesthésie des parties à exciser et sur lesquelles on a étalé préalablement des solutions de cocaïne. Le médicament agirait comme véhicule de la cocaïne à travers les tissus en dégraissant la peau et en faisant pénétrer la solution plus avant. On évite ainsi la piqûre douloureuse, et les accidents d'intoxication générale.

IV. — Elixirs et de poudres (*Journal des Praticiens*).

Elixir de M. Rédier.

Essence de cannelle de Ceylan..	ââ 0.25 centigr.
Essence de girofle..............	
Acide thymique................	
Saccharine.....................	
Essence de menthe.............	1 gr. 50
Alcool à 90°....................	100 —

Ajoutez :

Teinture de ratanhia............	2 gr. 50

Une cuillerée pour un verre d'eau.

M. Magitot préfère les savons mous dont voici la composition :

Savon de magnésie............	10 grammes.
Carbonate de chaux précipité....	9 —
Essence de roses.............. } Essence de menthe anglaise......}	10 gouttes.
Essence de lavande.............	1 gramme.
Carmin.......................	0,10 centig.

M. Beal (*Manuel de Thér. clinique*) rejette les pâtes commerciales un peu acides et formule ainsi :

Glycérine......................	50 grammes.
Gomme adragante..............	2 —
Pierre ponce..................	100 —
Acide borique.................	20 —
Salol.........................	5 —
Essence de menthe............	3 —

Les poudres, d'après lui, sont préférables quand les dents ont une tendance à se salir ou à se charger de tartre :

Borate de soude.............. } Salol......................... }	ãã 2 grammes.
Craie préparée............... } Magnésie calcinée............ }	ãã 8 —
Pierre ponce porphyrisée.......	5 —
Iris pulvérisée................	20 —
Essence de menthe anglaise.....	XXV gouttes.

Mêlez entièrement et colorez en rose.

V. — La névralgie faciale.

M. Plicque, dans le *Journal des Praticiens*, dit que certaines causes ignorées de la névralgie faciale, telles que les anomalies de la réfraction, le port d'un dentier mal fait, les otites, les maladies de l'estomac, le rhumatisme sont utiles à faire connaître. Il donne l'aconit qui produit des résultats satisfaisants six gouttes par six heures; il cesse ce médicament dès qu'il produit le plus léger engourdissement. S'il y a céphalées il est bon d'employer la vératrine à deux milligrammes. Si la syphilis se retrouve dans les antécédents, on donne :

Croton chloral................. } Poudre de réglisse............. } Conserve de rose............... }	ãã 1 gramme.

Pour 20 pilules, une par heure.

Le traitement externe consiste dans l'application de sangsues derrière l'oreille, les courants électriques, le chlorure d'éthyle en pulvérisations locales.

VI. — Influenza et voile du palais.

Le *Medical News* dit, sous la signature de M. le D[r] Kolipinski,

que dans tous les cas de grippe on voit une éruption au voile du palais en saillies convexes, éruption gris perle. Souvent ces saillies sont très nombreuses et couvrent la face antérieure en partie du voile du palais.

VII. — La cocaïne rendue non toxique.

M. de Quervain, dans la *Semaine médicale*, communique les résultats de M. Kohlhardt (de Halle) sur la transformation de la cocaïne dans l'organisme. Si l'on fait une constriction autour des membres à anesthésier, l'action de la dose mortelle est atténuée. Cette constriction doit se faire au moins pendant assez longtemps (une heure).

VIII. — Névralgie faciale.

Dans le *British medical journal*, le Dr Allan rapporte le cas d'un jeune homme souffrant depuis trois mois de douleurs dans la zone du nerf orbitaire, douleurs que l'examen otoscopique révéla être produites par un long cheveu placé sur le tympan. Ce dernier était enflammé, d'où névralgies aiguës. Dès que le cheveu eut été extrait, les douleurs cessèrent.

A propos de névralgie faciale, le Dr Sarremane vient de communiquer à la Société de Laryngologie un cas de névralgie faciale intermittente causée par une affection nasale. Quand le nez était libre, il n'y avait pas de douleurs ; quand les deux narines se touchaient, il y avait au contraire douleurs très vives. Ces douleurs étaient causées par l'irritation des rameaux du trijumeau de la région, qui, en l'espèce, était atteinte d'hypertrophie. La cause traitée chirurgicalement, c'est-à-dire la résection pratiquée, tout rentra dans l'ordre.

IX. — Epithélioma de la face interne de la joue, par M. Teltcharoff. (Thèse de Montpellier, 1900-1901.)

L'auteur dit que cet épithélioma se rencontre par ordre de fréquence après ceux des lèvres et de la langue. Il est lobulé, pavimenteux et reconnaît pour causes déterminantes, le tabac, la pipe, les chicots. La récidive post-opératoire est la règle, il faut opérer cependant et de bonne heure, largement, surtout ne point employer les caustiques qui, loin d'être utiles au début, ne font qu'exciter la tumeur à se former.

X. — L'électricité a la portée de tous, par M. G. Claude. (Edité par le mois scientifique et industriel.)

Ce volume, qui vient de paraître, a pour but d'initier tout le monde aux phénomènes de l'électricité et à faire connaître cette partie de la physique à ceux qui s'en servent : médecins, dentistes ou autres. Il passe en revue les pôles, les courants, la polarisation, puis les lois

d'Ohm, les instruments électriques et d'éclairage. Il parle ensuite de l'électrochimie, de magnétisme, des rayons X, de télégraphone, etc., etc. L'auteur a combiné son ouvrage de façon à traiter le tout simplement, et s'est mis, en faisant souvent de la science pure, à la portée de ceux qui, faute de temps, ont besoin de saisir rapidement les choses ; c'est donc par cela même un excellent livre à consulter pour nos confrères.

XI. — ECHOS DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

A la Société de médecine de Poitiers, M. Barberousse présente deux malades avec perforation syphilitique de la voûte palatine. Il insiste sur la sensation de sécheresse accusée par ces malades ; c'est un signe qui doit mettre sur la voie du diagnostic quand celui-ci est difficile. Il croit avec M. Faivre que cette sensation de sécheresse est due probablement à la sclérose.

A la Société de physiologie et d'anatomie de Bordeaux, M. Lafargue présente un malade de dix ans porteur d'une tumeur de la parotide. Cette tumeur a évoluée sans fièvre, sans lésions de voisinage. Elle est accompagnée de la prise des ganglions sous-maxillaires. Ces ganglions sont durs, peu volumineux et roulent sous le doigt. C'est probablement une adénite bacillaire qui ne relève que de la médecine générale.

A la Société de chirurgie de Lyon, M. Pollosson parle du chlorure d'éthyle comme anesthésique général. Il en fait l'histoire détaillée et dit l'avoir employé plus de deux cents fois. Il agit rapidement à la dose de 5 centigrammes donnée dans un masque s'appliquant exactement. Il ne produit pas de période d'excitation, jamais de syncope, le réveil est bon, sans accidents du côté de l'estomac ; dans les opérations de longue durée (50 minutes) on ajoute à la dose initiale 3 centigr. de chlorure d'éthyle dans le récipient de temps en temps. L'auteur se sert du chlorure surtout pour les anesthésies mixtes ; on commence avec lui, puis on continue après à l'éther sans discontinuation de la narcose ; on peut employer ces anesthésies mixtes chez les enfants sans danger. En somme c'est un anesthésique rapide, ne donnant pas de malaises du côté des voies digestives, ne produisant pas non plus de période d'excitation pré-narcosique ; il n'est pas pénible à respirer et est exempt de tout danger.

A la Société de chirurgie de Lyon, M. Martin montre un larynx artificiel construit pour remédier à l'opération de la laryngectomie et qui permet au malade la phonation à l'aide d'une anche et d'un soufflet. L'appareil est fixé dans l'arrière-gorge ; les aliments ne peuvent y passer et la déglutition se fait aisément ; quant à la parole, elle a naturellement la même hauteur de son, mais elle est parfaitement nette.

XII. — PARALYSIE DE LA FACE *a frigore*.

Dans l'*Indépendance médicale*, M. Galdi, à propos d'un cas observé,

fait l'histoire et le traitement de la maladie. Le froid provoque une restriction très brusque des capillaires d'abord, puis il y a névrite aiguë, ectasies vasculaires, enfin brisure des gaines miéliniques.

Si le diagnostic se pose tout de suite, la guérison est rapide. Il faut faire les premiers jours deux pellations d'huile de *sénevé* et d'*huile de croton* sur l'apophyse mastoïde, puis des bains de vapeurs suivis d'empaquetage de la joue; six jours après mouche de Milan, et dix jours après application d'électricité. En somme au bout d'une vingtaine de jours une paralysie *a frigore* peut se guérir en suivant ce traitement, mais il faut agir vite et surtout bien poser tout d'abord le diagnostic.

XIII. — Les dentifrices.

Dans le *Progrès médical belge*, M. Quintin donne des conseils excellents et des plus utiles sur les dentifrices. Il faut raisonner l'emploi des dentifrices, qui ont pour but d'enlever les matières accumulées autour des dents et de désinfecter les tissus en les tonifiant.

D'abord quelques mots de la brosse.

La brosse à dent, qui agit mécaniquement, doit avoir trois rangs de soies taillées elliptiquement, d'inégales longueurs pour passer d'une part entre les dents et de l'autre agir sur elles en surface. Pour les dents de sagesse on doit employer la brosse à deux têtes ou *à chicots*. Il faut frotter les gencives dans tous les sens avec une brosse dure, si l'état de la gencive est bon, molle dans le cas opposé, si la gencive est fongueuse; surtout ne pas se servir de brosse en caoutchouc ou en blaireau, voire même du doigt qui refoule les matières et ne les enlève nullement.

Pour les dentifrices l'état de la salive doit surtout guider et, suivant sa réaction, on emploie les poudres *neutres*, *alcalines* (magnésie calcinée, carbonate de chaux), *acides* (acide borique, crème de tartre, acide citrique). Ne jamais se servir de poudres non solubles (quinquina, poudre de charbon, d'iris) qui restent entre la dent et la gencive. Les bases alcalines s'emploient pures (sauf le bicarbonate de soude), les bases acides ont besoin d'un excipient; on peut à ces bases ajouter un adjuvant, puis des antiseptiques, parmi lesquels les plus recommandables sont la quinine, l'hydronaphtol.

Il ne faut jamais associer les poudres incompatibles (acide borique et carbonate de chaux), les acides avec les alcalines.

Voici quelques formules de poudres.

Poudre alcaline.

Carbonate de chaux..............	60 grammes.
Sulfate de quinine................	2 —
Saponine.........................	0,20 cent.
Saccharine......................	0,10 —
Carmin..........................	q. s. pour colorer.
Essence de menthe...............	XX gouttes.

Poudre acide.

Acide borique....................	10 grammes.
Poudre d'amidon.................	50 —
Chlorhydrate de quinine..........	1 gramme.
Saccharine.......................	0,10 cent.
Ocre jaune.......................	1 gramme.
Ionone..........................	0,50 cent.
Vanilline dissoute dans l'alcool....	0,15 —

Poudre neutre.

Chlorate de potasse...............	20 grammes.
Poudre d'amidon..................	20 —
Laque carminée...................	4 —
Saccharine dissoute dans l'alcool....	0,10 cent.
Vanilline dissoute dans l'alcool.......	0,15 —

Quant aux pâtes, on les divise en *savons, mellites* et *glycérés*. Les savons détruisent lentement la cuticule de la dent, de plus on leur incorpore de la ponce, on doit donc peu les employer. Les mellites fermentent et les glycérés trés hygroscopiques se gâtent aisément; ces opiats ne sont donc pas non plus très recommandables pour usages journaliers. Les *élexirs* par leurs composants atteignent mieux le but. L'alcool est la base des élexirs; à cet alcool on ajoute suivant le cas des antiseptiques, thymol, phénol, acide benzoïque; des astringents, cachou, tannin, quinquina; il faut leur associer des essences qui ne sont pas incompatibles (telles que les aurantiacées, la rose, la vanille, avec la menthe), qui s'étouffent entre elles, mais il faut choisir des essences qui se marient et se renforcent, telles que la menthe avec l'anis et la badiane.

Elixir type.

Formol à 40 pour cent...........	2 grammes.
Teinture de quinquina............	60 —
Glycérine.......................	60 —
Essence de menthe...............	2 —
Essence d'anis étoilé.............	1,50
Essence de girofle............... Essence de cannelle..............	1 gramme.
Alcool.........................	100 grammes.

L'eau oxygénée, qui est excellente pour les lavages, s'emploie aussi seule. Enfin les moments propices pour faire les brossages de dents, les lavages de bouche sont le matin et surtout le soir.

Comme on le voit, ces conseils de l'auteur sont tous excellents et viennent mettre un peu d'ordre dans la foule des préparations vendues et employées pour les soins dentaires, préparations souvent incompatibles, quelquefois nuisibles.

CHARLES CHARPENTIER.

LIVRES ET REVUES

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont ils nous envoient deux exemplaires sont annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à M. le Rédacteur en chef, 45, *rue de La Tour-d'Auvergne.*

Livres et journaux reçus.

Nous avons reçu de M. A. Hentze, docteur en médecine et chirurgie directeur de la clinique dentaire de l'université de Kiel, deux brochures intitulées, la première « *Die Zahnhalscaries bei Phthisikern* (La carie du collet chez les phtisiques) » et la seconde « Bericht über das Sommer-Semester 1901 (Rapport sur le semestre d'été 1901 de la clinique dentaire de l'université de Kiel ».

Nous avons reçu également le premier numéro d'un nouveau Journal dentaire, publié en langue portugaise à Rio-de-Janeiro sous le nom de *Revista Dentaria*. Cette publication mensuelle, dirigée par MM. Americo Peixoto et Adaucto Feitosa, est consacrée à la chirurgie dentaire et dédiée aux étudiants qui suivent le cours d'Odontologie de la Faculté de médecine de Rio-de-Janeiro. Elle contient une revue analytique des journaux professionnels étrangers.

Nous avons reçu aussi une brochure intitulée *Dentanestésico-Blanqué,* reproduisant une conférence faite, le 23 mai 1901, au Cercle odontologique de Catalogne, à Barcelone, et accompagné d'expériences sur le *Dentanesthésique* de M. Blanqué.

Della prima e seconda dentizione.

Le docteur Galli-Giuseppe, directeur de la *Rivista meridionale di odontojatria,* est l'auteur d'une brochure de 60 pages intitulée *Della prima e seconda dentizione* (Première et seconde dentitions). Dans cette brochure, illustrée de quelques figures et divisée en quatre parties, l'auteur examine successivement la dentition temporaire et la dentition permanente, quelques cas spéciaux et formule diverses prescriptions d'hygiène dentaire et buccale.

Guide de l'hygiène dentaire et buccale.

L'édition allemande du *Guide de l'hygiène dentaire et buccale,* dont nous avons publié la traduction, obtient un grand succès : on en publie actuellement cinq mille nouveaux exemplaires, représentant la 6e édition, ce qui porte à 40.000 le total des exemplaires parus.

Il nous reste encore un certain nombre d'exemplaires de l'édition française à la disposition des confrères qui en désirent. Nous rappelons qu'elle se vend 20 fr. les 100 exemplaires et 12 fr. 50 les 50, avec les frais de port en sus.

Compendium der Allgemeinen Zahnheilkunde in Fragen und Antworten.

Le Dr A.-L. Kowler, de Munich, est l'auteur d'un compendium de dentisterie générale d'une nature un peu spéciale. Cet ouvrage, uniquement destiné aux étudiants, est divisé en 11 parties embrassant, sous forme de questions et de réponses, tout le domaine de la dentisterie générale: embryologie des dents, anatomie et physiologie de la bouche et des dents, pathologie et thérapeutique de la bouche et des dents, hygiène buccale, anesthésie générale et locale, médicaments employés en art dentaire, prothèse dentaire, opérations, dentifrices, questions diverses. A l'aide de ce livre l'étudiant peut non seulement repasser, en vue d'un examen, toutes les matières qu'il a étudiées, mais surtout apprendre à formuler ses réponses avec netteté et précision, ce qui constitue ainsi un double avantage. Un index alphabétique très complet termine le volume de 186 pages édité et vendu par l'auteur, Ecke Augustenstr. u. Theresienstrasse, Munich, au prix de 6 marks

---

Die normale histologie menschlicher Zähne.

L'éditeur Arthur Félix, 18 Königsstrasse, Leipzig, publie sous ce titre *(L'histologie normale des dents humaines)* au prix de 8 marks 50 (10 fr. 65) un traité très complet, dû à la plume autorisée du Dr Otto Walkhoff, professeur de dentisterie conservatrice à l'Université de Munich. Cet ouvrage, très savant, de 180 pages, est accompagné d'un précis de technique microscopique des tissus dentaires normaux; il est divisé en 10 chapitres et ne compte pas moins de 107 figures et de 9 planches, en outre d'une bibliographie assez longue et d'une table des noms d'auteurs.



Sous cette rubrique L'Odontologie *se tient à la disposition de ses lecteurs pour leur permettre de publier en toute indépendance leurs appréciations sur les questions de politique professionnelle. Toutefois le Comité de rédaction se réserve le droit de supprimer toute expression ou toute appréciation de nature à provoquer des polémiques personnelles.*

DE L'ENSEIGNEMENT DE LA PROTHÈSE

Par M. Longuet, de la Rochelle.

M. le Dr Cruet vient de produire dans la *Revue de Stomatologie* une de ces belles perles de logique et d'impartialité, dont il a le secret.

M. le Dr Cruet trouve d'abord extraordinaire que le IIIe Congrès dentaire international (*sic*) de Londres s'occupe de déterminer les conditions à remplir par le parfait dentiste et il en infère que les promoteurs de ce congrès les ignorent.

Le Dr Cruet, qui, un peu plus loin, invoque la loi d'évolution, devrait pourtant savoir que cette loi d'évolution, qu'il s'agisse des êtres ou des sociétés humaines, est une continuelle genèse, et que le mieux d'aujourd'hui renferme en puissance le mieux de demain ; que ce n'est qu'en perfectionnant ce qui existe qu'on gravit les échelons de cette évolution sans fin et que ce n'est pas par l'adjonction d'un titre universitaire quelconque, fût-ce celui de docteur en médecine, qu'on clora l'évolution de la profession de dentiste, mais en s'occupant toujours, sans jamais se lasser, de perfectionner les moyens éducatifs du dentiste, et que ce n'est pas en se figeant dans la contemplation d'un parchemin qu'on arrivera à ce résultat.

Les membres de la réunion de Londres ont donc eu raison de s'occuper de cette grave question, qui n'a jamais été complètement résolue, et tous les membres impartiaux de la profession leur en doivent des remerciements.

M. Cruet lance ensuite quelques-uns de ses anathèmes habituels contre les docteurs dentistes qui font cause commune avec les simples dentistes. Il ignore, dit-il, quelle sorte d'intérêt et quel groupe représentent ces messieurs.

Quelle sorte d'intérêt ? Voilà un bien gros mot, monsieur le docteur, pour parler de gens dont le désintéressement est si notoire,

qui donnent pour la plupart, sans compter, leur temps, leur savoir, quelquefois leur argent, pour élever jusqu'à eux leurs confrères moins diplômés. Les avares n'aiment pas les prodigues, les prodigues n'aiment guère les avares; vous, monsieur, vous n'aimez pas les gens désintéressés.

Pour désigner ses confrères médecins qui ne pensent pas et surtout n'agissent pas comme lui, M. Cruet interprète à sa façon la loi d'évolution, et les qualifie de types intermédiaires entre les types inférieurs du dentiste et le type parfait qu'il pense représenter. Eh bien, mais, monsieur, dans ce cas, ils obéiraient plus que vous à cette loi naturelle ; vous devez savoir, puisque vous parlez d'évolution, que la nature ne fait pas de saut « *natura non facit saltus* », et, pour le cas particulier qui nous occupe, cette création intermédiaire serait parfaitement à sa place. En effet, si l'on se reporte à l'époque qui précéda 1880, on trouve la profession de dentiste sans guide et sans organisation, en pleine période amorphe; puis des linéaments d'organisation se font jour avec la fondation des écoles dentaires et d'associations diverses; ensuite vient la loi de 1892, qui crée un état de chose nouveau. Mais le progrès ne s'arrête par là, on veut perfectionner ce qui existe, des Congrès, d'abord nationaux, puis internationaux, s'en occupent; ces perfectionnements arriveront à leur heure et peu à peu. Or, à ce travail évolutif s'emploient des organismes (que les docteurs odontologistes me pardonnent l'expression) mieux pourvus pour la lutte scientifique; ils ne font en cela qu'obéir à la grande loi naturelle, en ne se mettant pas en dehors du courant, mais au contraire en l'entraînant et en le guidant, et cela malgré maints tourbillons, stomatologistes ou autres, qui se figurent aller plus vite parce qu'ils tournent sur eux-mêmes à la même place.

Peut-être qu'un jour, monsieur, les épreuves qu'on demandera aux futurs dentistes ne seront pas tellement éloignées de celles qui sont réclamées aux médecins pour que les deux titres n'arrivent à se confondre. Certes, comme beaucoup de dentistes, je crois que l'originalité de notre profession perdrait à cette confusion, mais enfin ce destin peut exister dans les brumes de l'avenir. Si ce fait arrive un jour, les médecins qui se sont mêlés aux dentistes, sans sot orgueil de parchemin et qui ont travaillé, comme on le fait dans les congrès que vous critiquez, à l'amélioration et au relèvement progressif de la profession, auront contribué par une large part à créer ces organismes de transition dont vous parlez.

Ici je vais faire une petite digression. On paraît croire dans certain milieu et on a même dit que le chirurgien-dentiste considérait le docteur en médecine comme son ennemi. C'est certainement là une grave erreur, née de la discourtoisie et du dédain injurieux

par lesquels certains docteurs dentistes ont toujours accueilli les ouvertures que leur ont faites les simples dentistes. Les officiers de santé ont longtemps vécu côte à côte avec les docteurs en médecine en des termes suffisamment courtois ; pourquoi n'en serait-il pas de même des médecins pratiquant l'art dentaire et des dentistes ?

M. Cruet et ceux qui pensent comme lui se sont mis en dehors de la profession en créant pour le service de leur cause une sorte de spécialité bâtarde ; il n'est donc que juste qu'on leur en ait tenu rigueur.

Je viens de vous dire, monsieur, pour quel intérêt nos confrères docteurs en médecine travaillaient. Quant au groupe auquel ils appartiennent, c'est à celui des braves gens mettant en pratique des vertus qui paraissent vous être étrangères et qui consistent à faire profiter ceux qui sont dans une position modeste des bienfaits d'une instruction qu'une position sociale plus aisée leur a permis d'acquérir, braves gens qui sont assez intelligents pour ne pas croire qu'un diplôme est un certificat de génie.

Vous écrivez, monsieur, l'histoire à la façon du père Loriquet et les dates vous semblent des choses de minine importance.

L'École dentaire de Paris fut créée en 1880, l'école odontotechnique suivit de près, et c'est grâce à la petite révolution qu'amena ces créations que la nécessité d'une réglementation se fit plus vivement sentir et qu'intervint la loi de 1892. Depuis cette date d'autres écoles se créèrent, mais elles ne firent en somme qu'obéir à l'impulsion donnée. Or, ces faits sont pour vous lettre morte ; pour vous les écoles dentaires sont le résultat de la loi de 1892. On ne peut mieux prendre l'effet pour la cause !

Ces écoles furent surtout créées, non pour donner aux dentistes des notions de prothèse, comme vous l'avancez, mais bien pour parfaire leur instruction scientifique.

Cela est la vérité historique pour ainsi dire, et nul dans la profession ne l'ignore, excepté vous, cependant, monsieur.

Vous ressemblez assez à l'autruche qui, cachant sa petite tête sous le sable ou un feuillage quelconque, se figure qu'il en est de même de son gros corps ; vous, monsieur, les faits ou dates qui vous gênent, vous les supprimez et vous avez l'air de croire qu'ainsi ils n'existent plus. Vous avouez, du reste, que vous n'examinez pas, cela se voit, et vous pouviez vous éviter la peine de nous en prévenir.

Vous dites plus loin que ces écoles ne peuvent donner l'enseignement prothétique, le temps passé sur ce sujet y étant absolument insuffisant : ce n'est donc pas alors spécialement pour cet enseignement qu'elles ont été créées, comme vous voulez bien le soutenir,

d'autant plus que ce besoin ne se faisait pas vivement sentir, puisque, d'après vous, avant la création de ces écoles, la prothèse avait un cachet artistique qu'elle tend à perdre peu à peu. Du reste, vous n'en êtes pas à une négation près. Les écoles dentaires ont des cours médicaux ; pour vous cela n'existe pas ; elles ont des salles d'opérations où journellement des quantités de malades passent entre les mains des élèves, sous la direction des professeurs, pour y subir toutes les opérations que comporte notre art ; cela non plus n'existe pas. Mais, par exemple, ce qui existe bien, ce qui pour vous est tout, c'est le laboratoire de prothèse, voilà pour vous l'objet capital. Qui se serait jamais douté que la partie mécanique de notre art prendrait pour le Dr Cruet une telle importance ?

On dirait presque que c'est avec émotion que vous parlez « de la belle prothèse que nous confectionnaient autrefois d'habiles praticiens », car si vous n'aimez pas le chirurgien-dentiste qui peut vous gêner, vous voulez bien condescendre à reconnaître quelque mérite aux mécaniciens habiles dont vous n'avez rien à redouter.

Les mauvaises causes sont toujours difficiles à défendre, M. Cruet n'en est plus à nous en fournir des preuves.

Après nous avoir dit que la loi de 1892 fut le point de départ de la création des écoles dentaires, ce qu'il sait être faux et s'être attendri sur la disparition du vieux mécanicien artiste inconnu qui cultivait des lauriers que son patron cueillait, rôle qui semble plaire beaucoup à M. Cruet, ce dernier vient nous dire une chose qui paraîtra certainement une énormité à beaucoup.

D'après lui, la loi de 1892 a permis à tous les mécaniciens de quitter l'atelier pour devenir dentistes diplômés, tandis qu'avant, au contraire, leur « ambition ne s'élevait pas plus haut que celle d'un métier honorable et largement rétribué ». Or, cela est absolument contraire à la vérité ; avant la loi de 1892 les neuf dixièmes, pour ne pas dire plus, des dentistes, se recrutaient parmi les mécaniciens, pour lesquels la profession, au lieu d'être fermée, était au contraire toujours ouverte.

Le dentiste qui voulait se défaire de son cabinet, élevait un mécanicien auquel il reconnaissait des aptitudes, au rang d'opérateur et lui cédait ensuite son cabinet. Un grand nombre de mécaniciens commençaient peu à peu à former une clientèle, tout en travaillant chez un dentiste, et à un moment donné volaient de leurs propres ailes.

Ceci tout le monde le sait, il n'y a que M. Cruet qui l'ignore.

Tandis que maintenant, et la création de jour en jour plus considérable d'ateliers à façon en fait foi, le simple mécanicien, pourvu d'une instruction élémentaire, voit la carrière se fermer devant lui, car il n'a souvent ni le temps ni les moyens de parfaire son instruc-

tion, et malgré toutes les facilités qu'offrent les écoles dentaires, il ne peut pas toujours distraire de son travail journalier le temps nécessaire pour assister aux cours et aux cliniques des écoles.

Le recrutement de la profession s'est au contraire complètement transformé et en grande partie les étudiants ignorent tout de la profession jusqu'à leur entrée dans une des écoles dentaires, et il y a gros à parier que si celles-ci étaient simplement des écoles de prothèse, peu d'entre eux aiguilleraient de ce côté. L'attrait d'une profession libérale avec sanction de diplôme est ce qui les attire le plus, avec, bien entendu, l'espérance de la grosse somme à gagner que beaucoup de gens, professeurs divers, d'université ou de faculté, médecins, pharmaciens, etc., font luire à leurs yeux, car c'est principalement dans un milieu moyen que se recrutent et se recruteront de plus en plus les candidats au diplôme de dentiste.

Cela, tout le monde le sait encore ; il n'y a que M. Cruet qui l'ignore. Comme on voit bien qu'il appartient peu, très peu à notre profession, puisque tout ce qui s'y passe lui paraît si étranger !

Il semble ignorer également que c'est depuis la création des écoles dentaires et surtout depuis 1892 que tant de médecins se sont faits dentistes ; une douzaine peut-être exerçaient avant cette époque, ils ont plus que décuplé depuis, grâce aux facilités qui leur ont permis d'apprendre ce qu'ils ignoraient. Le Dr Cruet devrait donc être reconnaissant à l'état de choses qui paraît à première vue avoir préparé les voies au résultat ultime cher à son cœur. Mais le Dr Cruet ne se pique guère d'impartialité, pas plus que de logique et d'exactitude.

Ce ne sont donc pas les écoles dentaires qui sont cause de la disparition des bons mécaniciens, c'est à un certain état d'esprit, à la création duquel les stomatologistes ont tant contribué, qu'on le doit. A force d'entendre répéter que la prothèse est la partie la moins importante et la moins noble de l'art dentaire, que ceux qui s'y livrent ne sont que de vulgaires praticiens, l'étudiant finit par le croire et par ne plus attacher à la pratique de cette partie si considérable de notre art l'importance qu'elle mérite. La loi de 1892 est venue aggraver moralement et matériellement cet état de choses en barrant la route du patronat aux mécaniciens.

Mais ce n'est pas comme le croient nombre de stomatologistes en aggravant encore cette situation, en ne permettant la pratique de l'art dentaire qu'aux seuls médecins qu'on arrivera à un meilleur résultat.

Si l'on ferme l'avenir aux mécaniciens, si l'on éloigne de ce rôle les intelligents qui font les artistes, si l'on en fait de simples manœuvres qui ne pourront jamais s'élever au-dessus des conceptions d'un métier d'où sera bannie toute échappée sur le côté artistique de l'art si complexe de la prothèse dentaire, ce ne seront certaine-

ment pas les médecins absolument ignorants en la matière qui pourront les tirer de l'ornière de la médiocrité, de laquelle ils ne sortiront plus. La prothèse artistique, déjà bien malade, sera morte alors. Des façonniers seuls existeront, qui paieront nécessairement leurs ouvriers le moins possible, la terrible concurrence les y forçant, et ceux-ci accompliront leur tâche sans goût, avec la perspective de ne jamais pouvoir s'élever au-dessus d'une situation médiocre et précaire.

C'est comme cela que tombent les professions artistiques dont on méconnaît les conditions d'existence.

L'intérêt personnel est presque le seul et en tout cas le plus puissant des mobiles des actions humaines, et l'opposition des intérêts personnels est le piston qui fait marcher la machine du progrès humain. Lorsque, conformément aux désirs du Dr Cruet, on aura détruit, pour le mécanicien l'espoir d'arriver à posséder au soleil une place de plus en plus belle, suivant ses facultés, on l'aura supprimé en tant qu'artiste.

Le but de la création des écoles dentaires était tout autre. Avant la loi de 1892, le mécanicien actif et intelligent, après avoir passé un certain nombre d'années au laboratoire de prothèse, pouvait trouver un centre d'études lui donnant les connaissances médicales nécessaires à la meilleure pratique de la chirurgie dentaire, pratique dans laquelle il apportait les qualités de dextérité manuelle qu'il avait acquises à l'atelier. Plus tard, quand il s'établissait, n'ayant pas pour leurrer le public sur son savoir le titre ronflant de docteur en médecine, il était obligé de se perfectionner sans cesse et de toujours chercher à faire mieux, pour défier la concurrence du voisin et il était ainsi à même de former à son tour de nouveaux et bons mécaniciens qu'il pouvait guider dans les difficultés toujours nouvelles de la confection des appareils de prothèse dentaire.

Les gens qui, comme le Dr Cruet, gémissent sur la disparition graduelle du bon mécanicien et qui veulent encore l'accélérer en lui fermant complètement la route du patronat, me font l'effet d'imiter le célèbre Gribouille et de se jeter à l'eau pour éviter la pluie. Car, si leurs désirs se réalisaient, où le mécanicien pourrait-il se former ? Passe encore pour les rares ateliers où ils sont deux ou trois, mais le plus souvent le mécanicien est seul avec son patron. Or, sera-ce avec un docteur en médecine, qui, quatre-vingt-dix-huit fois sur cent, ignorant la pratique, ne pourra juger des difficultés de la construction et ne pourra conseiller sur ce qu'il ignorera, que ce mécanicien pourra s'initier à cette infinité de petits détails qui font qu'un appareil va mieux qu'un autre paraissant aussi bien fait à première vue et cependant inférieur.

Cette question du mécanicien est très complexe, beaucoup plus

que ne paraît le croire le Dr Cruet, qui, lorsqu'il écrit, a toujours l'air de penser que des maximes évangéliques sortent de sa plume et que ce qu'il dit est le dernier mot du vrai et du raisonnable.

A vouloir trop prouver on ne prouve rien, dit un vieux proverbe; c'est le cas de M. Cruet, qui, hypnotisé par son idée fixe que seul le docteur en médecine est apte à faire un bon dentiste, va aveuglément de l'avant, sans s'inquiéter des inconséquences et des contradictions qu'il puise dans son encrier, quand ce n'est pas le travestissement complet des faits exacts.

Fort heureusement les voies du progrès sont autres que celles que le président des stomatologistes prétend lui fixer, et les actifs promoteurs des congrès dentaires internationaux n'ont guère à se préoccuper du docteur Cruet, car ils font de meilleure besogne que ceux dont la plainte et le gémissement sur un ordre de choses qui ne leur convient pas, paraissent être les principales manifestations d'activité.

ADRESSES UTILES

La ligne : 20 francs par an, Lignes en sus : 10 fr. la ligne. } **dans 24 numéros.**

C. Ash et fils (*Fourn. gén.*) 22, rue du Quatre-Septembre, PARIS. **TÉLÉPHONE 294.47.**

Dr Bengué (*Anestile*), 47, rue Blanche, PARIS.

Billard, L. Lemaire, sr (*Fourn. gén.*), 4, pass. Choiseul, PARIS. **TÉLÉPHONE 264,30.**

Comptoir international (*Fourn. gén.*), 15, avenue Fonsny, BRUXELLES.

Contenau et Godart fils (*Fourn. gén.*), 7, r. du Bouloi, PARIS. **TÉLÉPHONE 214-53.**

A. Debraux, profr (*Cert. d'Et. exigé des dentistes*), 17, faub. Montmartre, PARIS.

J. Fanguet, Georges Clotte, succr (*Impressions en tous genres*), 28, rue d'Enghien, PARIS.

Vve Jules Friese (*Fournitures générales*), 3, rue de Londres, PARIS.

Alfred Joliot (*Fourn. gén.*), à la Cloche, 193, rue St-Martin. **TÉLÉPHONE 271.51.**

Colin Logan fils (*Fourn. gén.*), 113, rue Réaumur, PARIS. **TÉLÉPHONE 288.79.**

L. Mairlot (*Fourn. génér.*), 24, pl. Sainte-Gudule, BRUXELLES. **TÉLÉPHONE 1429.**

Mamelzer et fils (*Manufacture dentaire*), 40, rue Croix-des-Petits-Champs, PARIS.

Al. Maylaënder (*Reliures en tous genres*), 67, rue Daguerre, PARIS.

A. Mellottée, imprimeur de *L'Odontologie* à CHATEAUROUX.

P. Périé fils (*Fournitures générales*), 7, place Lafayette, TOULOUSE.

B. Platschick (*Prothèse à façon*), 3, rue Ventadour, PARIS. **TÉLÉPHONE 222.82.**

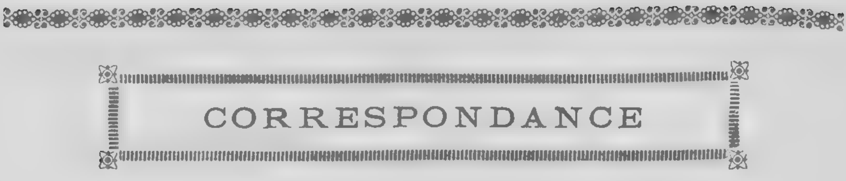
Reymond frères (*Fournitures générales.*)
- 22, rue Le Peletier, PARIS.
- 44, place de la République, LYON.
- 69, rue de la Croix-de-fer, BRUXELLES.
- 3, rue Petitot, GENÈVE.

Victor Simon et Cie (*Four. gén.*), 54, rue Lamartine, PARIS. **TÉLÉPHONE 269-45.**

Société Française de Fournitures Dentaires. { 58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris — **TÉLÉPHONE 214-47.** — 45, r. de la République, Lyon. } *Grande exposition*, au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes.

Syndicat Français (*Recouvrements d'honoraires*), 131, boul. Sébastopol, PARIS.

Vve J. Wirth (*Manufacture dentaire*), 222-224, avenue Philippe-Auguste, PARIS.



CORRESPONDANCE

Monsieur le Rédacteur en Chef,

Je vous serai très obligé de vouloir bien insérer dans votre prochain numéro les lignes suivantes en réponse aux critiques formulées par M. Choquet au sujet de mon étude sur le « mode d'innervation de la pulpe dentaire ».

a) Je n'ai pas dit, comme le prétend mon critique, que Magitot a été le premier à étudier les terminaisons nerveuses, mais « que Magitot n'a fait que préciser les connaissances passablement sommaires qu'on possédait à ce moment sur ce sujet ».

b) Mummery, d'après Ch. Tomes, emploie la méthode de coloration par le fer et le tannin depuis 1891, c'est-à-dire depuis dix ans. Je n'avais donc pas à parler de M. Choquet, qui prétend lui-même avoir préconisé cette méthode depuis six ans. D'ailleurs, où sont les travaux qui justifient ces prétentions ?

c) Je me suis occupé dans mon travail uniquement des auteurs qui avaient étudié les terminaisons nerveuses de la pulpe ; je n'avais pas par conséquent à parler de M. Tripier qui ne s'en est jamais occupé. Que vient faire ici M. Tripier ?

d) Ramon y Cajol ne s'est pas non plus occupé de l'innervation pulpaire. De plus, c'est la méthode de Golgy qui a permis à ce savant de faire des remarquables découvertes. J'éprouve de l'admiration pour Ramon y Cajol, mais il n'a rien à faire dans mon étude.

e) Le passage concernant M. Hopewel-Smith est un logogriphe que je suis incapable de déchiffrer.

f) Quant au reproche d'avoir omis la méthode de coloration par le chlorure d'or, j'estime simplement que mon contradicteur a été très distrait pendant la lecture de ma communication.

Je crois avoir prouvé qu'aucune de ses objections n'est motivée ; M. Choquet a néanmoins cru devoir parler. Dans quel but ? Je me le demande.

Veuillez agréer, etc.

MENDEL-JOSEPH.

RENSEIGNEMENTS UTILES

La ligne : 20 francs par an, Lignes en sus : 10 fr. la ligne } **dans 24 numéros.**

CERTIFICAT D'ÉTUDES.

Préparation permanente et spéciale, succès garanti. Conditions à forfait, s'inscrire tous les jours de 3 à 5 h. chez M. Darlès, 5, rue Danton.

Institut des Langues et des Sciences. A. Debraux, dir., 17, fg. Montmartre. 40 élèves reçus en 15 mois, 200 fr. pour l'année scolaire, 2 h. de cours par jour. **1re Session de 1901 province : 18 présentés, 14 reçus.**

Préparation spéciale par le Docteur **Achille LOMBARD** O. ✿ C. ✻. ancien Secrétaire du Jury de la Sorbonne, 3, boulevard Sébastopol, PARIS.

CONTINUOUS GUM

B. Platschick, 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). **TÉLÉPHONE 222.82.**

FOURNITURES GÉNÉRALES.

Billard (L. Lemaire successeur), 4, passage Choiseul, PARIS. **TÉLÉPHONE 264.30.**
Comptoir international, 15, avenue Fonsny, BRUXELLES.
Contenau et Godart fils, 7, rue du Bouloi, PARIS. **TÉLÉPHONE 214.53.**
Vve Jules Friese, 3, rue de Londres, *près la Trinité*, PARIS.
Alfred Joliot (à la Cloche), 193, rue St-Martin. **TÉLÉPHONE 271.51.**
Colin Logan fils, 113, rue Réaumur, *près la Bourse*, PARIS. **TÉLÉPHONE 288.79.**
L. Mairlot, 24, place Sainte-Gudule, BRUXELLES. **TÉLÉPHONE 1429.**
Mamelzer et fils, 40, rue Croix-des-Petits-Champs, PARIS.
P. Périé fils, 7, place La Fayette, TOULOUSE.
Reymond frères { 22, rue Le Peletier, PARIS. 44, place de la République, LYON. 69, rue de la Croix de fer, BRUXELLES. 3, rue Petitot, GENÈVE.
Victor Simon et Cie, 54, rue Lamartine, PARIS. **TÉLÉPHONE 269.45.**
Société Française de Fournitures Dentaires. { 58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris **TÉLÉPHONE 214.47.** 45, r. de la République, Lyon. } *Grande exposition*, au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes.
Vve J. Wirth, 222-224, avenue Philippe-Auguste, PARIS.

IMPRESSIONS EN TOUS GENRES.

A. Mellottée, imprimeur de *L'Odontologie*, à CHATEAUROUX.
J. Fanguet, Georges Clotte, successeur, fournisseur de l'*École Dentaire*, 28, rue d'Enghien, à PARIS.

MATIÈRES OBTURATRICES.

Email Plastique. **Vve Jules Friese,** 3, rue de Londres, PARIS.
Amalgame Fellowship. Société Française de Fournitures Dentaires.

PRODUITS ANESTHÉSIQUES.

Anestile. **Dr Bengué,** 47, rue Blanche, PARIS.
Anesthésique local du Dr R. B. Waite. Société Française de Fournitures Dentaires.

PRODUITS PHARMACEUTIQUES

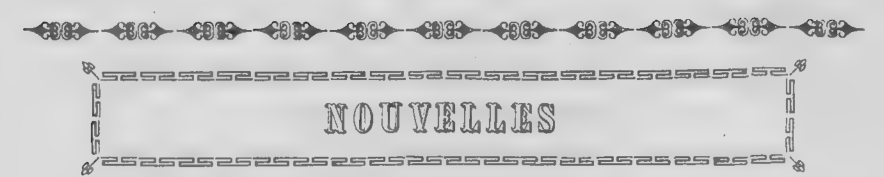
Formyl-Géranium. Société Française de Fournitures Dentaires.
Xyléna. Liquide antiseptique. Société Française de Fournitures Dentaires.

PROTHÈSE A FAÇON.

D. Fauvel. ALENÇON (Orne). *Travail recommandé.*
Lalement et Coutif, 5, rue de Laborde (Travaux artistiques). **TÉLÉPHONE 550.73.**
B. Platschick, 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). **TÉLÉPHONE 222.82.**

RECOUVREMENTS D'HONORAIRES.

Syndicat Français, 131, boulevard de Sébastopol, PARIS.



École dentaire de Paris.

La Fête annuelle de Réouverture des Cours aura lieu le jeudi 7 novembre, à 8 h. 1/2 du soir, à l'Ecole, sous la présidence de M. Millerand, ministre du Commerce.

L'ordre du jour est ainsi fixé :

Allocution de M. le Dr Godon, président du Conseil d'administration, directeur de l'Ecole.

Rapport de M. Martinier, directeur-adjoint.

Conférence de M. Richard-Chauvin, professeur de Dentisterie opératoire.

Lecture du Palmarès, par M. Bonnard, président de la Commission scolaire.

Distribution des Récompenses et remise des Diplômes aux élèves de l'année scolaire 1900-1901,

Soirée artistique avec le programme suivant :

A Les Contribuables.. Gerny.
B Un Cri séditieux. René Esse.
M. Raoul Paumier, de l'Odéon.

Chansons Louis XV en costume de l'époque.

A La Bergère de Trianon. Sudessy.
B Verduronnette.. J.-B. Wekerlin.
Mlle Alice Cléry, de l'Opéra-Comique.

La Chasse....... Grenet-Dancourt
M. Darras, de l'Odéon.

Colonel et S.-Lieutenant. Alfred Guillon.
Mlle Rose Syma, de l'Odéon.

L'Humoriste Libert, dans son Répertoire.

Septième ciel.
Comédie nouvelle en un acte, en prose, de M. Pierre Achard.

Jeanne de Béry... Mlle Rose Syma.
Paul de Lancey.. M. Raoul Paumier.

Vieille Chanson.. Martini.
Mlle Alice Cléry.

Monologue...... X.
M. Raoul Paumier.

Tu t'es fait arranger !
Scène comique de Gerny.
MM. Raoul Paumier et Darras.

Le piano d'accompagnement sera tenu par Mme Cœdès-Campagna, 1er prix du Conservatoire et l'orchestre sera sous la direction de M. Hauser.

Certificat d'Etudes secondaires des chirurgiens-dentistes.

Le sujet suivant de composition française a été donné aux candidats le 23 octobre 1901.

Des conditions exigées pour exercer la profession de chirurgien-dentiste.

La loi exige de ceux qui veulent exercer la profession de chirurgien-dentiste, en outre des connaissances techniques, la preuve, établie par des examens publics, qu'ils ont recu une culture intellectuelle générale qui est la garantie de leur éducation morale.

Vous justifierez cette exigence de la loi en considérant :

1° L'intérêt du client ;

2° L'intérêt du praticien lui-même ;

3° L'intérêt de la société.

Voilà un sujet dont nous ne pouvons que féliciter les examinateurs.

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE.

Ainsi qu'on l'a déjà dit, il y a quelques mois, le départ de M le Dr Brouardel est chose absolument décidée. A l'heure actuelle, l'éminent doyen, dont les pouvoirs n'expirent cependant qu'en février 1902, se prépare à laisser place nette à son successeur dès le mois de décembre. A cette époque, le Conseil supérieur de l'instruction publique, dont fait partie de droit le doyen de la Faculté de médecine, est soumis à la réélection, et M. Brouardel juge inutile de siéger dans le nouveau Conseil pour un laps de temps si court.

Aussi, l'agitation est-elle vive dans les milieux médicaux ; on y intrigue et l'on y potine ferme. Parmi les candidats ayant les chances les plus sérieuses pour le poste de M. Brouardel, nous pouvons citer le Dr Pinard, professeur d'accouchement et d'obstétrique à la clinique Baudelocque, praticien émérite, qui hésite à poser sa candidature à cause de sa très nombreuse clientèle ; le Dr Debove, professeur de clinique interne à la Faculté et médecin de l'hôpital de Beaujon ; le Dr Gariel, professeur de physique à la Faculté. C'est lui qui fut l'organisateur des Congrès scientifiques à l'Exposition ; ses grandes qualités administratives, jointes à son dédain de toute clientèle, font vivement souhaiter son succès par le jeune élément médical.

Mais le candidat le plus redoutable... pour ses compétiteurs est le professeur Dieulafoy, que soutient vivement le Dr Pozzi. Ce serait, s'il faut en croire les on-dit, *persona grata* dans les sphères ministérielles, quoique, en fait, le doyen soit choisi par les professeurs, qui se contentent de soumettre l'élection à l'approbation du gouvernement.

Qui vivra verra.

(Le Journal.)

ASSOCIATION SYNDICALE ET AMICALE DES DENTISTES ET MÉCANICIENS-DENTISTES DE BREST.

Les dentistes et mécaniciens-dentistes de Brest ont fondé une association syndicale et amicale dont le siège social est 24, rue de la Mairie.

M. Tonnens a été élu président, M. Touvet, secrétaire et M. le Dr Thesée, trésorier. Tous se sont réunis le 12 octobre en un banquet auquel la Presse locale avait été conviée.

Plusieurs discours ont été prononcés. Nous retenons parmi les

professionnels celui de M. Tonnens, qui a fait l'éloge de la mutualité et celui de M. Touvet, qui a démontré que l'union est un excellent moyen pour faire œuvre utile.

Palmes académiques.

Nous apprenons avec plaisir qu'au cours d'une cérémonie ayant eu lieu à Brest, à propos du lancement du croiseur *Léon Gambetta*, M. de Lanessan, ministre de la marine, a remis les palmes d'officier d'académie à M. Hélot, chirurgien-dentiste de l'Ecole des mousses.

Toutes nos félicitations à notre distingué confrère, qui est membre de l'Association générale des dentistes de France.

L'Institut municipal de médecine appliquée.

Sur la proposition de M. Jules Auffray, le Conseil municipal de Paris vient de renvoyer à l'étude des 4e et 5e commissions un projet de création d'un Institut municipal de médecine appliquée.

Les principales raisons données en faveur de cette création par M. Auffray méritent d'être citées :

« L'enseignement médical français, dit-il, traverse une crise dont la gravité n'est pas contestable.

» De toutes parts, les esprits observateurs et avisés ont jeté le cri d'alarme ; dans la presse spéciale, le docteur Truc, de Montpellier, le docteur A. Broca, chirurgien des hôpitaux, le docteur Paul Sérieux, médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine, et tout récemment encore, dans la presse quotidienne, notre collègue M. Dausset, ont signalé le mal dont souffre cet enseignement, la concurrence redoutable que les nations étrangères suscitent contre lui. Le Conseil municipal de Paris a le devoir d'intervenir à cette heure de lutte et de protéger l'enseignement français et la science. C'est pour lui permettre d'exercer ce rôle que nous lui soumettons la présente proposition.

» Pour nous borner à la France, dit-il, parmi les nombreux docteurs qui, chaque année, se lancent dans l'exercice de la profession, il y a l'élite et la masse. La masse comprend tous ceux qui n'ont passé ni par l'externat ni par l'internat ; l'élite, ceux qui ont été externes dans les hôpitaux ; les meilleurs, dans l'élite, ceux qui ont été internes. Or, ce que nous allons établir pour les internes sera vrai, *a fortiori*, pour les simples externes, ou pour ceux qui n'auront été que stagiaires. »

Voici le projet tel qu'il a été présenté :

1° Il sera créé à Paris un établissement d'enseignement médical dénommé : Institut municipal de médecine appliquée ;

2° Il sera organisé dans cet institut des cours d'une durée maxima d'un à deux mois, ayant pour objet l'enseignement synthétique des spécialités médicales (affections, procédés de thérapeutique ou de diagnostic) ;

3° Il sera annexé au cours une ou plusieurs salles de malades ;

4° Les cours ne pourront être suivis que par des médecins pourvus du titre de docteur ou de tout diplôme qui sera reconnu équivalent par le conseil ci-dessous créé. Les cours seront payants ;

5° Un conseil de surveillance, comprenant des médecins, des membres du Conseil municipal, le vice-recteur de l'Académie de Paris ou son représentant, le doyen de la Faculté de médecine, des représentants de l'Administration préfectorale et de l'Assistance publique, déterminera les cours à ouvrir, choisira les professeurs, fixera le nombre et les conditions d'admission des élèves, les conditions d'admission et de sortie des malades et, d'une façon générale, tout ce qui concerne le fonctionnement de l'Institut ;

6° Un employé comptable, des infirmiers et des gens de service assureront le service de l'Institut, sous la direction d'un médecin, nommé par le préfet de la Seine, sur la désignation du Conseil de surveillance ;

7° Une Commission, comprenant la 4e et la 5e Commissions du Conseil municipal, sera chargée de présenter au Conseil municipal, dans sa plus prochaine session, un projet de création, d'organisation et d'entretien de cet Institut.

AVIS DE LA DERNIÈRE HEURE

COMPTE RENDU DU 3e CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

Le 1er vol. du Congrès, contenant toutes les Assemblées générales, est à peu près terminé; il sera adressé aux adhérents dans le courant du mois de décembre.

Nous prions ceux de nos lecteurs qui n'étaient pas adhérents au Congrès et qui désirent recevoir les 3 volumes d'envoyer au plus tôt leur adhésion.

Les fournisseurs et fabricants de produits dentaires qui voudraient utiliser la publicité jointe à ce premier volume, qui doit être tiré à 1.600 ex. : d'en aviser immédiatement M. le Dr Sauvez, 17, rue de Saint-Pétersbourg.

Avis relatif au recouvrement des cotisations

Les membres de l'Association et les abonnés du Journal domiciliés dans les *Colonies* ou à l'*Etranger*, qui ont des *cotisations en retard*, sont priés de bien vouloir en adresser le montant, en un mandat-poste international ou en un chèque sur un établissement financier de Paris.

Pour L'ASSOCIATION, au *Trésorier :* Jules d'Argent.................. } 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris.

Pour le JOURNAL, à l'*Administrateur Gérant :* Ed. Papot.............. }

21e ANNÉE. N° 21 15 NOVEMBRE 1901 VOL. XXVI



L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

FÊTE DE RÉOUVERTURE DES COURS

L'École dentaire de Paris a réouvert ses cours le 7 novembre 1901. Cette fête annuelle a présenté cette année un intérêt tout particulier et un éclat inaccoutumé, parce qu'elle était présidée effectivement par le Ministre du Commerce et de l'Industrie, M. Millerand. La séance de réouverture des cours de 1901 fera donc époque dans les annales de l'institution.

La Société de l'École et du Dispensaire dentaires de Paris ressortit à trois Ministères en raison de son triple caractère d'école d'enseignement supérieur libre, d'école professionnelle technique et d'établissement d'assistance. Comme auxiliaire de la Faculté de médecine donnant l'instruction médicale et scientifique nécessaire aux étudiants en dentisterie et délivrant valablement des inscriptions en vue des examens pour l'obtention du diplôme d'État de chirurgien-dentiste, elle dépend du Ministère de l'Instruction publique ; comme école professionnelle donnant à ces étudiants une instruction technique, manuelle, spéciale, elle rentre dans les attributions du Ministère du Commerce et de l'Industrie (Direction de l'enseignement technique) ; enfin, comme établissement d'assistance, par son dispensaire, soignant gratuitement les indigents et vulgarisant les principes d'hygiène buccale, elle se rattache au Ministère de l'Intérieur, qui, par la Direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, a la haute main sur toutes les institutions charitables et les œuvres de bienfaisance.

Mais, si l'Ecole est ainsi reliée par des liens étroits aux organes du pouvoir exécutif, c'est surtout avec le département du Commerce

que ces liens sont multiples. Les groupements professionnels, les syndicats, les sociétés de prévoyance et d'assurance sont en effet placés sous son contrôle, et l'Association générale des dentistes de France est une vaste association professionnelle qui, avec son syndicat professionnel, sa Caisse de prévoyance et sa Société de prévoyance et d'assurance en cas de décès, est sous la dépendance directe et immédiate de ce Ministère (Directions de l'assurance et de la prévoyance sociales et Direction du travail).

Ainsi, par son origine d'abord, puisqu'elle émane d'un syndicat professionnel, ensuite par son essence d'établissement d'enseignement technique, l'Ecole dentaire de Paris est plus intimement liée au Ministère du Commerce. C'est ce qui explique pourquoi ses administrateurs ont demandé au titulaire de ce portefeuille de mettre sous son haut patronage leur distribution des récompenses. Ce sont là en quelque sorte les raisons matérielles qui les ont engagés à solliciter sa venue ; mais il existe aussi des raisons morales, dont on ne saurait méconnaître la portée, qui ont guidé leur choix.

Suivant l'heureuse expression de son directeur, l'institution est en effet *une école d'avant-garde* pour ainsi dire, entreprenante, hardie, désireuse de marcher non seulement dans la voie du progrès, mais à la tête de celui-ci ; elle représente une œuvre d'initiative privée, de mutualité, de solidarité, de philanthropie, d'émancipation, de prévoyance et d'assistance et, comme telle, elle devait rechercher l'appui d'un homme dont toute la vie n'a été qu'une lutte en faveur de ces idées, qui sont l'apanage du citoyen libre d'une République libre, épris de l'idéal, du beau et du bien sous forme de l'amour du prochain.

C'est assurément parce que M. Millerand connaissait l'œuvre et l'esprit des hommes qui dirigent et administrent l'Ecole dentaire de Paris qu'il est venu leur apporter les félicitations du Gouvernement, des encouragements et des remerciements officiels et des récompenses pour quelques-uns des collaborateurs les plus méritants. Sa présence et ses paroles réconfortantes sont certainement le gage le plus précieux de la sollicitude des pouvoirs publics envers une institution qui grandit et se développe tellement qu'on pourrait être tenté de lui appliquer la devise du surintendant Fouquet : *Quo non ascendam ?*

*
* *

La cérémonie a eu lieu, comme les années précédentes, dans la grande salle de dentisterie opératoire ; mais cette fois, celle-ci était trop petite pour contenir la très nombreuse assistance qui se pressait devant l'immeuble bien avant l'ouverture des portes. A peu de choses près, on avait observé les dispositions habituelles pour l'installation, la décoration et l'éclairage.

Sur l'estrade avaient pris place, aux côtés du Ministre, M. Henri Monod, directeur de l'Assistance et de l'hygiène publique au Ministère de l'Intérieur, l'ancien président de 1891, le directeur, le directeur-adjoint, l'administrateur général, le Bureau, le Conseil d'administration et le Corps enseignant de l'Ecole, MM. le Dr Hirtz, médecin des hôpitaux, Worms, membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, Fringnet, inspecteur d'Académie, Ducuing, adjoint au Maire du 8e arrondissement et membre du Conseil judiciaire de l'Ecole, Dr Queudot et Hivert, directeur et sous-directeur de l'Ecole odontotechnique, Ducournau, président de l'Association odontotechnique, Dr Amoëdo, professeur à l'Ecole odontotechnique, Dr Vidal, rédacteur en chef des Archives de thérapeutique, etc.

La séance a commencé par la lecture de la correspondance. M. le Dr Sauvez, secrétaire général, a fait part d'abord des excuses de M. le Ministre des Travaux publics auquel « il eût été tout particulièrement agréable de donner par sa présence à l'institution un témoignage de sa sympathie. Vous avez, en effet (dit-il dans sa lettre), monsieur le Secrétaire général, vous et vos éminents collègues, opéré une véritable révolution dans l'enseignement dentaire en le dégageant de l'empirisme et de la tradition pour le fonder sur les bases scientifiques les plus rigoureuses. Il s'en est suivi d'admirables progrès, dont vos nombreux élèves nous font chaque jour bénéficier ». Il a communiqué ensuite les excuses de MM. Pozzi et Strauss, sénateurs ; Henri Brisson, Mesureur, Gaston Ménier, Georges Berger et Stanislas Ferrand, députés; Deloncle, chef du cabinet du Ministre de l'Agriculture ; les professeurs Le Dentu, Quenu, Sebileau et Debove, de la Faculté de médecine; Drs Hérard, Chauvel et Besnier, membres de l'Académie de médecine ; Dr Cartaz, secrétaire de l'Association française pour l'Avancement des sciences; Baudard, directeur de l'Asile de Vaucluse; Sansbœuf, adjoint au maire du 8e arrondissement, Ichl, pharmacien-major; Evellin, inspecteur général honoraire d'Académie; Dr Thoumire, répétiteur d'anatomie à l'amphithéâtre des hôpitaux; Lecaudey fils; Dr Rolland, directeur de l'Ecole dentaire de Bordeaux; Davenport, président de l'American Dental Club of Paris ; Poinsot, directeur honoraire de l'Ecole; Dr Lombard, Dr Damain, Dr Pinet, professeurs à l'Ecole; Dr Palermo, Georges Michel, Billet, chirurgiens-dentistes, etc., etc.

M. Godon, directeur de l'Ecole, a ensuite retracé avec précision l'action extérieure du groupement, caractérisée par la fédération nationale constituée à Ajaccio, par la fédération internationale, qui a tenu sa 2e session à Londres et à Cambridge, et par la création d'une section d'odontologie dans l'Association française pour l'Avancement des sciences.

Rappelant les luttes qui ont signalé le développement de la « Cité

odontologique nouvelle », il a montré l'inanité du sophisme sur lequel repose l'opposition de ses adversaires les stomatologistes. Il a terminé en rendant justice aux principaux collaborateurs.

M. Martinier, directeur-adjoint, a exposé dans un langage très châtié l'organisation et le fonctionnement de l'enseignement de l'Ecole, en s'attachant surtout à l'instruction technique et notamment à la prothèse.

M. le Ministre du Commerce a prononcé alors une allocution dans laquelle il a rendu hommage à l'esprit d'initiative dont les fondateurs de l'Ecole ont fait preuve, il a salué les résultats encourageants qu'ils ont obtenus et il a remercié les administrateurs de l'œuvre utile qu'ils dirigent si habilement et le corps professoral de la science qu'il inculque aux étudiants. Les hommes qui se consacrent ainsi à la tâche de rendre service à l'Etat sont des collaborateurs de ce dernier et, comme tels, ils ont droit à des félicitations, que M. Millerand leur a sincèrement octroyées au nom du Gouvernement de la République.

Pour corroborer ses paroles par ses actes, M. le Ministre a tenu à apporter quelques récompenses plus tangibles et, pour reconnaître le mérite du corps professoral tout entier, il a conféré à M. Lemerle la rosette d'officier de l'Instruction publique et à MM. le Dr Roy et Choquet les palmes d'officier d'Académie, qu'il avait demandées à son collègue de l'Instruction publique.

C'est la première fois depuis la fondation de l'Ecole que des distinctions ont été conférées ainsi officiellement par un représentant du Gouvernement et il n'est pas besoin de dire que cette série de décorations a provoqué une explosion de satisfaction et d'enthousiasme des plus vives pour les personnes sympathiques des bénéficiaires.

Alors M. Richard-Chauvin, professeur de dentisterie opératoire, a fait une conférence sur cette branche de l'art dentaire. Malgré l'aridité du sujet, le conférencier s'en est tiré habilement, grâce à son esprit habituel et à la tournure enjouée de ses phrases. Il a défini d'abord la dentisterie opératoire, montré que le dentiste actuel est incessamment obligé de faire de la prothèse, car l'une et l'autre sont intimement liées, fait l'apologie de l'effort manuel du praticien et exposé à grands traits le programme de la quatrième année d'études.

M. Godon s'est alors exprimé en ces termes :

« Avant de distribuer les prix aux élèves, il est d'usage de donner un témoignage de reconnaissance à notre corps enseignant, dont je vous signalais le dévouement tout à l'heure, en attribuant des médailles à quelques-uns de ses membres. Cette fois, le Conseil a fait choix de M. Martinier, qui, outre sa chaire de professeur, remplit parmi nous de nombreu-

ses fonctions, notamment celle de directeur-adjoint, si absorbante, et qui, cette année particulièrement, a fait preuve de la plus grande activité en se chargeant de deux cours théoriques de prothèse et en assurant la direction de l'enseignement de cette branche.

» Diplômé de l'École en 1888, M. Martinier est entré dès 1890 dans les Conseils d'administration de la Société de l'École et de l'Association générale des dentistes de France et n'a cessé d'en faire partie depuis cette époque, en y occupant d'abord le poste de secrétaire général, puis celui de président.

» Dans le corps enseignant depuis 1890, il a passé successivement par tous les degrés de la hiérarchie, tour à tour préparateur, démonstrateur, chef de clinique, professeur suppléant, et enfin professeur titulaire depuis 1897; enfin, depuis janvier 1899, il est directeur-adjoint de l'École. Nous lui devons de nombreuses communications scientifiques à la Société d'Odontologie, dont il a été président, et une collaboration continue à notre journal au Comité de rédaction duquel il appartient depuis 1892.

» En récompense de ses services multiples, incessants, si dévoués et si désintéressés, le Conseil m'a chargé, et c'est un grand plaisir pour moi, de lui remettre cette médaille d'or.

» Le Conseil a également choisi un autre membre du corps enseignant, M. Devoucoux, pour lui accorder une récompense bien méritée.

» M. Devoucoux a appartenu pendant cinq ans au Conseil de direction de l'Association générale des dentistes de France, dont il a été le secrétaire général; membre du Conseil d'administration de l'École, il remplit depuis deux ans les délicates fonctions d'économe; enfin, il fait partie de notre corps enseignant depuis douze ans et il est actuellement chef de clinique de prothèse.

» Le Conseil a décerné une médaille d'argent à M. Devoucoux pour le remercier de sa collaboration dévouée ».

La remise de chacune de ces médailles a été saluée par des applau-

dissements répétés, qui ont témoigné que l'assemblée ratifiait le choix du Conseil d'administration.

Puis M. Bonnard, président de la Commission scolaire, a fait connaître les modifications survenues dans le corps enseignant.

M. Bonnard a continué par la lecture du palmarès et il a été procédé à la distribution des prix, des récompenses et des diplômes aux lauréats et aux élèves.

Immédiatement après M. Godon a offert à M. le Ministre une médaille commémorative, en l'accompagnant des paroles suivantes :

« Avant de terminer la première partie de la séance, je demande la permission à M. le Ministre du Commerce de le remercier encore en votre nom du grand honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider cette réunion. Et afin qu'il garde un souvenir de sa présence parmi nous, je le prie de vouloir bien accepter cette médaille, que nous avons l'habitude d'offrir chaque année au président de notre séance de réouverture, qui devient un des membres de notre Comité de patronage ».

M. Millerand a répondu gracieusement en le remerciant et en ajoutant que cette médaille n'était pas nécessaire pour qu'il conservât un souvenir durable de la soirée qu'il avait passée à l'Ecole dentaire de Paris.

La première partie de la séance a pris fin sur ces mots.

Après quelques minutes d'intervalle, la partie artistique, dont nous avons publié le programme dans notre dernier numéro, a commencé, et c'est seulement à une heure assez avancée qu'elle se terminait, au grand regret des nombreuses dames qui étaient venues, parées de fraîches et d'élégantes toilettes, et des élèves des trois années, pour lesquels ce jour représente une date importante dans la vie scolaire. La Commission des fêtes avait très bien fait les choses et ce n'est que justice de lui adresser des remercîments mérités, notamment à son aimable président, M. Devoucoux.

Il convient aussi de comprendre dans ces remercîments M. Paumier, de l'Odéon, auquel la Commission avait confié le soin d'organiser la partie artistique et qui s'en est tiré à la satisfaction générale. Remercions enfin les représentants de la presse, notamment du *Petit Journal*, du *Journal des Débats*, de *la Nation*, du *National*, du *Petit National*, du *XIXe siècle*, du *Rappel*, du *Temps*, de *la Patrie*, du *Radical*, de *la Lanterne*, de *la Fronde*, de *l'Evénement*, etc., etc., de l'empressement avec lequel ils ont publié le compte rendu de cette solennité.

Ajoutons, en terminant; qu'il avait été lancé le même nombre d'invitations que les années précédentes, mais l'affluence des assistants était telle que, malgré des agrandissements récents, la grande salle de dentisterie opératoire s'est trouvée trop exiguë et que les Commissaires se sont vus, à leur très grand regret, dans l'obligation de ne plus y laisser pénétrer à partir du moment où elle a été surabondamment remplie. Nous en exprimons toutes nos excuses aux personnes qui n'ont pu y avoir accès.

DISCOURS DE M. GODON

Directeur de l'Ecole.

Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs,
Chers élèves,

Je vous souhaite la bienvenue, à vous tous, amis de cette institution, qui êtes venus ce soir célébrer avec nous le vingt-deuxième anniversaire de sa fondation.

Cette fête annuelle nous est aujourd'hui particulièrement agréable parce qu'elle a lieu après une année bien remplie par des événements qui compteront dans l'histoire de notre profession : l'organisation d'une Fédération dentaire nationale, d'une Fédération dentaire internationale et d'une section d'odontologie dans l'Association française pour l'avancement des sciences.

Ces faits constituent une étape si importante dans notre évolution que nous pourrions donner à nos promotions d'élèves, cette année, si tel en était l'usage dans cette école, les noms d'Ajaccio et de Cambridge afin d'en mieux commémorer le souvenir.

Aussi nous réjouissons-nous de cette fête, d'autant plus qu'un autre événement, non moins heureux pour l'avenir, de cette école, vient ajouter à son éclat : c'est la présidence de cette réunion par le ministre du Commerce, M. Millerand, qui, par ses nombreuses visites aux écoles professionnelles, a si souvent témoigné l'intérêt qu'il porte à l'enseignement technique. (*Applaudissements*).

Sa présence ce soir parmi nous était d'autant plus indi-

quée que nous inaugurons en même temps une réforme intérieure d'une grande importance : je veux parler de l'adjonction à notre enseignement d'une quatrième année d'études, consacrée plus spécialement à la technique et terminée par l'obtention de notre diplôme, distinct ainsi de celui de l'État et maintenant délivré après lui.

M. le Ministre du Commerce est assuré que, dans cette maison, où, en dehors de l'enseignement, on s'occupe journellement d'apporter aux ouvriers et aux pauvres le soulagement d'une souffrance trop répandue, il trouvera la sympathie et l'admiration que nous éprouvons tous pour les hommes qui se vouent à l'amélioration du bien-être de l'humanité. (*Applaudissements.*)

Nous savons tous ici que M. Millerand est le ministre véritablement philanthrope (*applaudissements*), à l'esprit réformateur, à l'initiative hardie ; qui, à la place de la vieille chanson qui, suivant un mot célèbre, berçait autrefois les misères humaines, a voulu introduire pour les humbles, dans la législation française, des réalités plus conformes à la justice et à la paix sociale, et, principalement pour les travailleurs âgés, des dispositions qui assurent le pain de leurs vieux jours. (*Applaudissements.*) Aussi, je vous demande la permission de m'adresser plus spécialement à vous, monsieur le Président, pour vous exprimer, au nom de tous mes collègues et au mien, toute notre gratitude pour le très grand honneur que vous avez bien voulu nous faire en venant présider cette fête de famille. (*Applaudissements.*)

Du reste, cette école, monsieur le Ministre, est un peu dans sa sphère une école d'avant-garde, tant par l'esprit qui anime ses fondateurs et ses dirigeants que par le but qu'elle n'a cessé de poursuivre depuis vingt ans, comme le prouve la liste des personnalités dont elle a recherché l'appui et dont je suis heureux de saluer quelques-unes des plus éminentes, comme MM. Henri Brisson, Emile Bourgeois, Mesureur, Strauss, Chautemps, Henri Monod, et tous les membres de notre Comité de patronage, qui ne cessent de nous donner des marques de leur sympathie persistante.

Je veux, vous montrer, monsieur le Ministre, au moins dans ses grandes lignes, l'œuvre collective à laquelle vous apportez ce soir votre bienveillant patronage et votre très puissant appui. Je veux vous présenter aussi tous ceux qui, par leur collaboration constante et désintéressée, assurent son fonctionnement et ses succès.

Fidèle à son programme, cette institution a toujours marché, dans la voie du progrès, à la tête de notre profession ; sans souci des préjugés qu'elle foulait aux pieds, de la sainte routine qu'elle heurtait sans cesse, elle a, par sa hardiesse, entraîné à sa suite un groupe de plus en plus nombreux, de plus en plus enthousiaste, d'hommes qui ont accompli dans leur profession bien plus qu'une réforme, qui ont accompli une véritable petite révolution. En vingt années, les conditions d'exercice de la profession de dentiste en France ont été si complètement transformées, aussi bien au point de vue scientifique qu'au point de vue économique, l'action du mouvement réformateur a été si vive que le contre-coup s'en est fait sentir à l'étranger.

Aussi, monsieur le Ministre, sans rien exagérer, si l'on considère le développement qu'a pris notre groupement depuis quelques années, l'extension des organes qui le composent, les mille dentistes qui, comme membres de la Société, professeurs, élèves de l'Ecole, abonnés du journal, participent à sa vie active, les trente mille malades qui viennent à son dispensaire chaque année, enfin,ce qui est plus démonstratif,son budget annuel qui,pour cette année,dépasse 100,000 francs, rien que pour l'École, on est amené à reconnaître que c'est plus qu'une simple association, que c'est une véritable petite cité, la cité odontologique nouvelle, que les dentistes français ont ainsi édifiée par leur seule initiative. Et dans cette cité il règne un tel dévouement, une telle solidarité parmi ses membres, une telle activité que les progrès de l'œuvre sont incessants.

L'émulation s'est, du reste, répandue au dehors ; gagnés par l'exemple, d'autres groupements semblables se sont formés : l'École odontotechnique, à Paris, dont nous voyons ce

soir, parmi nous, les principaux représentants, l'École de Bordeaux, l'École de Lyon ; ces divers groupes se sont ralliés à nous pour faire le Congrès à Paris l'année dernière et la Fédération nationale cette année à Ajaccio.

Enfin, les étrangers eux-mêmes sont venus à leur tour se joindre à nous de toutes les parties du monde: en 1900, au Congrès de Paris, qui comptait 1200 membres, et en 1901, à la Fédération dentaire internationale, à Cambridge, où la réunion, dirigée par des représentants de cette école, comprenait soixante délégués, envoyés par dix-sept nations.

Je ne veux pas refaire ici l'histoire de cette petite révolution professionnelle. Qu'il me suffise de rappeler qu'il y a vingt-cinq ans, il n'existait en France aucune société dentaire, aucune école et que notre pays était alors, à peu près pour tout ce qui concernait l'étude et la pratique de notre art, tributaire de l'étranger, après avoir marché à la tête du progrès au XVIIIe siècle.

Je n'insisterai pas sur les avantages matériels économiques de cette évolution, qui cependant ont pour vous, monsieur le Ministre du Commerce, un intérêt particulier, puisque, entre autres choses, elle a transformé une importation en une exportation.

Il est d'autres considérations qui vous toucheront beaucoup plus, j'en suis sûr: ce sont les mobiles qui n'ont cessé d'inspirer les fondateurs, les administrateurs et les membres de notre groupement.

Ces mobiles prennent leur source dans les appels réitérés adressés par les hommes éminents qui ont fondé la République ou qui dirigent ses destinées à l'initiative et à la solidarité des citoyens pour l'organisation des associations professionnelles, qui doivent former la base réelle de notre régime démocratique. Ces appels, vous le voyez, ne sont pas restés sans écho.

Et ce qui est particulièrement intéressant, c'est que nos groupements, loin de s'inspirer de préoccupations de lucre ou de profits personnels, ou même de luttes économiques, pourtant bien souvent légitimes, s'inspirent au contraire

des idées les plus élevées, les plus philanthropiques, relevant uniquement de l'intérêt général.

Les groupements et les fédérations que nous avons créés cherchent surtout à arriver, par une entente raisonnée entre les praticiens qui sont à la tête de la profession dans les divers pays, à perfectionner l'enseignement professionnel, à répandre partout les progrès de la dentisterie moderne, à vulgariser l'hygiène et les soins dentaires dans les classes pauvres comme dans les classes aisées, enfin, à augmenter ainsi la considération qui doit s'attacher à l'art dentaire et au dentiste qui remplit consciencieusement sa fonction sociale.

Mais cette œuvre, monsieur le Ministre, pourtant toute de philanthropie, et dont je tâche de vous montrer les progrès, ne s'est pas accomplie sans luttes, sans petites batailles professionnelles, et il a fallu, comme dans les grandes, beaucoup de persévérance et de dévouement pour en sortir victorieux.

Puisque nous poursuivions des réformes, nous avons eu comme adversaires ceux qui n'en veulent pas par principe, par intérêt, tous ceux qui ne comprennent rien à l'altruisme et à la solidarité, tous ceux dont on dérange simplement les habitudes routinières; nous avons nous aussi, monsieur le Ministre, nos rétrogrades à combattre. En 1886, Paul Bert, en venant présider la même fête, s'exprimait déjà ainsi à leur sujet : « Je puis dire que certaines per-
» sonnes ont contre vous une dent confraternelle, vis-à-vis
» de laquelle cette défense d'éléphant n'est rien ; » et il montrait la dent qui figure dans notre musée et qui nous fut offerte par le roi d'Annam (*Applaudissements*). La dent confraternelle d'éléphant que nos adversaires avaient contre nous en 1886, et dont Paul Bert faisait voir ainsi l'éruption, a continué à grandir depuis avec nos succès.

L'éminent physiologiste passait ensuite en revue les motifs d'hostilité de nos adversaires et, en démontrait l'inanité et la puérilité.

Un motif, ou plutôt un prétexte l'arrêtait davantage: « Il y a certaines personnes, disait-il, qui voudraient qu'on

ne pût être dentiste sans avoir obtenu le diplôme de docteur en médecine. »

Cette prétention, qui constitue le principal grief qu'on adresse aux écoles dentaires, repose sur un sophisme dont Paul Bert, et bien d'autres après lui, comme le Pr Michael Foster, cette année à Cambridge, ont souvent établi le caractère spécieux, à savoir que « le dentiste est le *médecin de la bouche* ». Cette définition, toute théorique et très habile, méconnaît complètement la situation faite, aussi bien au point de vue légal qu'au point de vue pratique, dans toutes les civilisations passées et présentes à l'art du dentiste, art limité principalement aux opérations et aux restaurations prothétiques à exécuter sur les dents et ne s'étendant qu'exceptionnellement (5 o/o à peine de ses interventions) à un nombre très restreint d'affections de la bouche, le plus souvent traitées par le médecin seul.

Voilà bien le sophisme caractérisé, qui consiste à étayer tout un raisonnement sur la partie secondaire de la proposition (*les maladies de la bouche*, au lieu *des affections des dents*) en la supposant principale et réciproquement. Du reste, Paul Bert ajoutait : « Comment donc. On ne pourrait être dentiste, sans savoir faire un accouchement ou distinguer une pleurésie d'une névralgie intercostale ? Mais quelles raisons donne-t-on pour justifier cette idée ? »

Et, passant en revue ces diverses raisons, il les réfutait les unes après les autres, et il terminait en prouvant que le dentiste devait recevoir une éducation spéciale, dans une école technique comme la nôtre, où les connaissances scientifiques et médicales devaient occuper une place suffisante, mais où la dextérité, si nécessaire pour les multiples manœuvres de la dentisterie opératoire et de la prothèse qui représentent plus des 9/10 de la pratique de la profession à notre époque, devait s'acquérir par des exercices assez nombreux et assez répétés.

Cela tombe sous le sens commun, me disait cette année un des professeurs de l'Université de Cambridge ; mais il ajoutait : « Vous savez qu'il n'y a rien de moins commun...

que le sens commun. » C'est peut-être pour cette raison que le sophisme continue à être mis en avant par nos adversaires, pour lesquels il sert de point de ralliement, en dépit de nos succès, car c'est notre interprétation qui a été adoptée par le Parlement lors du vote de la loi de 1892 réglementant notre profession.

En effet, cette loi a créé en France, suivant en cela l'exemple de la majorité des pays civilisés comme les États-Unis, l'Angleterre, l'Allemagne, etc., un diplôme spécial de chirurgien-dentiste, délivré après trois années d'études dans nos écoles dentaires.

Nos adversaires se sont groupés sous le vocable nouveau de *stomatologistes*, c'est-à-dire de *spécialistes des maladies de la bouche*, partisans de l'obligation du doctorat en médecine par opposition au titre d'*odontologistes*, qui s'applique aux dentistes partisans de l'éducation spéciale complète dans les écoles dentaires.

Vous m'excuserez, monsieur le Ministre, d'insister sur ces détails et de rappeler devant vous ces discussions, peut-être un peu fastidieuses, mais comme nous aimons la pleine lumière et que toute la réforme que je viens de vous exposer, toutes les institutions qu'elle a produites, l'enseignement technique qu'elle a créé, reposent sur les principes dont nous nous sommes faits les défenseurs et d'où a découlé la loi de 1892, nous avons pensé qu'il était bon de vous les faire connaître, d'autant plus que des polémiques récentes ont mis de nouveau ces questions à l'ordre du jour. Donc le sophisme a persisté, parce qu'il est assez séduisant à première vue. En effet, il serait très désirable pour le patient que le dentiste pût ajouter à son éducation complète de spécialiste de la dentisterie et de la prothèse une éducation complète de médecin, si la seconde ne demandait pas cinq ou six ans d'études au minimum et la première presque autant, ce qui ferait une douzaine d'années environ pour former un praticien complet.

Cette prétention n'est-elle pas la même que celle qui consisterait à demander au médecin, avant qu'il commence ses

études médicales, une instruction littéraire et scientifique complète, terminée par l'obtention des diplômes de docteur ès-lettres et de docteur ès-sciences, ou bien, comme le voulait Auguste Comte, un stage préparatoire de deux années à l'École polytechnique?

Je sais bien que quelques médecins, et des plus remarquables, se sont imposé l'une ou l'autre de ces règles, de même que certains dentistes sont pourvus du doctorat en médecine — il en est plusieurs ici, moi le premier et c'est pourquoi je puis en parler en connaissance de cause.

Cela est fort bien lorsque ce dernier diplôme de médecin est adjoint à des études dentaires complètes; mais on ne saurait en faire une règle générale pour l'une ou l'autre profession, lorsqu'on se propose de faire des praticiens, et cela pour une raison péremptoire : le temps qu'on peut raisonnablement consacrer à l'étude d'une profession. C'est ce que démontre si bien Herbert Spencer dans son livre sur l'éducation que j'avais l'occasion de citer, au mois d'août dernier dans une conférence sur l'enseignement que j'étais appelé à faire à l'Université de Cambridge. Tandis que le Parlement et les représentants du pays, chaque fois qu'ils étaient consultés, donnaient raison aux écoles dentaires, comme le témoigne le rapport du député Bastid en 1894, certaines administrations de l'Etat (pas la vôtre pourtant) ont souvent écouté d'une oreille trop complaisante les suggestions intéressées de ces adversaires rétrogrades, les unes dans une pensée d'absorption ou parce qu'elles apprécient médiocrement l'enseignement technique, les autres parce qu'elles méconnaissent la situation réelle et les progrès récents de la dentisterie moderne en France et à l'étranger. Plusieurs en sont encore à la conception d'il y a deux siècles, le dentiste arracheur de dents, alors que l'extraction ne figure plus dans nos statistiques d'opérations que pour 4 à 5 o/o au maximum.

Cependant, nos institutions professionnelles, bien qu'indépendantes, n'en sont pas moins les auxiliaires utiles et dévoués de l'Etat.

Je puis bien le dire en leur nom, puisqu'elles sont maintenant groupées en une Fédération nationale dont j'ai l'honneur d'être, cette année, le président. Notre école et les trois institutions similaires qui existent en France se sont chargées gratuitement pour l'État d'un service public d'enseignement supérieur technique, qui, si l'on additionne les divers budgets de ces écoles, coûterait au pays un minimum de 200,000 francs par an, sans compter les frais de première installation et la nomination de nouveaux fonctionnaires.

Et je ne parle pas des services d'assistance spéciale qu'elles rendent aux pauvres, avec leurs dispensaires gratuits.

Cet enseignement technique de l'art dentaire qu'elles ont créé et qui, quoi qu'on dise, trouverait difficilement une place en rapport avec ses exigences actuelles dans les Facultés de médecine, a été élevé à un degré de perfectionnement tel que, malgré les nombreuses écoles similaires existant en Europe, il attire 1/5 d'élèves étrangers, alors que les Universités officielles n'en ont que 1/11. Or, cet enseignement technique que nous avons créé les premiers en France comprend, pour la dentisterie opératoire et la prothèse, des manipulations empruntées à divers métiers manuels pour lesquels il existe des écoles spéciales réunies au Ministère du Commerce en un groupe qui forme la direction de l'Enseignement technique. C'est à ce titre que les écoles dentaires, quoique ressortissant à d'autres titres aux Ministères de l'Instruction publique et de l'Intérieur, ont, depuis leur fondation, trouvé auprès du Ministre du Commerce le plus bienveillant appui, non seulement parce qu'elles émanaient de syndicats professionnels, mais parce qu'elles avaient encore leur place nettement indiquée parmi les établissements d'enseignement supérieur technique.

C'est pourquoi le Conseil de direction apporte tous ses soins à développer la partie technique de son enseignement, et c'est pourquoi aussi il lui paraît désirable, pour l'avenir de l'enseignement dentaire en France, qu'une place spéciale soit faite aux écoles dentaires dans le projet de loi actuelle-

ment en préparation à votre ministère sur l'enseignement technique.

En attendant que ce projet devienne loi, nous souhaiterions, monsieur le Ministre, vous voir étendre libéralement aux quatre écoles dentaires de la Fédération le même bienveillant appui que vous accordez sous forme de subvention annuelle aux autres écoles techniques qui ressortissent à votre ministère. Déjà le Ministère de l'Intérieur a alloué à notre dispensaire il y a deux ans une subvention de 30,000 francs et le Conseil municipal de Paris et le Conseil général de la Seine nous donnent chaque année une subvention de 500 francs chacun.

Quel que soit le montant de ces allocations, elles constituent pour nous des encouragements précieux.

Je ne voudrais pas, monsieur le Ministre, terminer cette revue rapide de l'organisation et de la marche de notre œuvre sans vous parler un peu de ses collaborateurs.

Il me faut d'abord rendre hommage aux collaborateurs disparus, et pour cela j'évoquerai le souvenir de mon vieil ami Lecaudey, dont le nom a été si longtemps associé à celui de cette école et qui a malheureusement été enlevé cette année à notre affection, à notre vénération, après une carrière longue et honorablement remplie. Il a été un des fondateurs de cette institution et il est resté jusqu'à sa mort son plus généreux bienfaiteur.

Je vous ai dit déjà combien les professeurs et les administrateurs sont dévoués et désintéressés donnant, sans compter, à l'institution leur temps, leur savoir et même leur argent. Je ne puis pourtant pas vous les nommer tous, ils sont trop nombreux, et je suis bien embarrassé pour vous désigner les plus dévoués, parce qu'ils le sont tous avec émulation.

Cependant deux doivent avoir ce soir parmi eux une place à part, puisque nous avons parlé de notre enseignement technique et de nos fédérations.

J'aurai fait plaisir, j'en suis sûr, aux collaborateurs de notre œuvre intérieure d'enseignement quand j'aurai cité

notre actif directeur-adjoint, mon ami Martinier, qui s'est, cette année, particulièrement attaché à la réformer, à la compléter, à la réorganiser (*Applaudissements*).

J'aurai de même résumé tous les éloges à adresser aux collaborateurs de l'œuvre extérieure des fédérations nationale et internationale quand j'aurai rappelé le nom de notre secrétaire général, mon ami le Dr Sauvez, qui, au Congrès de 1900 et depuis, s'est consacré avec tant de zèle à cette expansion professionnelle. (*Applaudissements.*)

Et maintenant, monsieur le Ministre, excusez-moi d'avoir si longtemps retenu votre attention : j'ai tâché de mon mieux de vous faire apprécier notre œuvre, ainsi que ses ouvriers.

Nous serions pleinement satisfaits si nous pouvions avoir l'espoir qu'après cette séance vous emporterez de votre trop court passage au milieu de nous ce durable et réconfortant souvenir d'avoir trouvé à l'École dentaire de Paris, comme vous le disiez récemment autre part, « un groupe de citoyens animés d'une foi profonde dans le progrès indéfini de l'Humanité et mettant leur ferme volonté à servir, à leur rang, dans la mesure de leur intelligence et de leur force, la cause universelle de la vérité et de la justice ». (*Applaudissements prolongés.*)

RAPPORT DE M. MARTINIER

Directeur-adjoint.

Monsieur le Ministre,
Mesdames,
Messieurs,
Chers élèves,

Le Conseil d'administration, qui m'a confié le soin de diriger l'enseignement de cette école, m'a fait l'honneur de me charger de vous exposer ce soir notre conception de l'enseignement, les divisions dont il est l'objet, les méthodes suivant lesquelles il est donné, les perfectionnements qui y sont in-

cessamment apportés et les résultats que nous en obtenons.

Lorsque l'Ecole fut fondée, en 1880, il n'existait nulle part en France d'enseignement de notre art, les dentistes se formaient par l'apprentissage, ils n'acquéraient que des connaissances pratiques, et encore celles-ci n'étaient-elles dues qu'au hasard des capacités du dentiste, l'instruction théorique faisait complètement défaut. La profession, étant libre, se trouvait ouverte à tout venant et le public paraissait préférer les étrangers pourvus de titres pompeux, que le mérite n'avait pas toujours octroyés. D'où, un discrédit réel, profond et une infériorité notoire pour les membres de notre profession. Il était besoin de réagir, de créer un centre d'enseignement, de relever le niveau moral, de lutter contre la concurrence étrangère. Telle fut la pensée dominante qui inspira les fondateurs de l'Ecole dentaire de Paris.

C'est alors qu'un groupe de jeunes dentistes prit l'initiative de créer cette école pour doter la France d'un enseignement spécial de l'odontologie. Les commencements furent difficiles ; il fallut le zèle, l'activité et l'énergie de celui qu'ils mirent à leur tête et que nous y retrouvons encore aujourd'hui, pour mener à bien cette lourde tâche ; enfin la tentative réussit et, au bout de quelques années, grâce au concours d'un petit nombre de praticiens soucieux des progrès de leur art, l'enseignement professionnel était créé. Il comprenait deux années d'études, suivies, après examen final, de la délivrance du diplôme de l'Ecole.

Cet état de choses subsista pendant douze ans. Il est bon de rappeler que les élèves des premières années n'étaient point de tout jeunes gens à la recherche d'une carrière ; c'étaient des hommes faits, possédant déjà une situation et qui, désireux de donner l'exemple, ne craignirent pas de se soumettre à l'obligation de ces études pour obtenir un diplôme consacrant leur valeur. La plupart d'entre eux enseignent aujourd'hui dans cette école, l'administrent ou la dirigent.

Le succès obtenu par nos diplômés, non seulement en France, mais à l'étranger, la réputation dont ne tarda pas

à jouir notre diplôme, l'affluence des élèves, témoignèrent que l'entreprise répondait à une nécessité et furent la conséquence de l'introduction dans notre pays d'un enseignement professionnel, technique surtout, qui florissait aux Etats-Unis depuis quarante ans. A partir de ce moment, la lutte contre l'élément étranger devint très vive et la concurrence qu'il faisait à nos nationaux reçut une atteinte profonde.

Nous avions donné la preuve que l'enseignement professionnel était désormais le seul, le vrai moyen de former des praticiens instruits et habiles dans leur art, capables de rivaliser avec leurs confrères diplômés en Amérique ou en Angleterre. La période critique, inséparable de toute tentative nouvelle, était terminée, les encouragements venaient de toutes parts, du monde scientifique et du monde politique, au point que l'attention des pouvoirs publics fut mise en éveil par le développement progressif de notre enseignement et de nos écoles.

Ce fut là certainement la cause de la loi de 1892, qui consacra définitivement l'enseignement de la chirurgie dentaire en France. Cette loi était dictée par la préoccupation de donner au public toute garantie quant à la valeur des futurs chirurgiens-dentistes, sous le double rapport des connaissances générales et des connaissances techniques ; malheureusement elle a été faussée dans son application par l'interprétation qu'en ont faite les décrets subséquents. Elle nous imposait de nouveaux devoirs, en astreignant les étudiants en dentisterie à des études médicales étendues et elle nous mettait ainsi dans l'obligation de réorganiser complètement nos cours médicaux. Les créations eurent lieu à mesure que le programme des examens de la Faculté se dessinait, et le corps enseignant reçut l'augmentation de personnel que nécessitaient les nouveaux cours et les nouveaux services. Bientôt notre enseignement, réformé de fond en comble, était assis sur les bases les plus solides, et répondait absolument à toutes les exigences des examens. C'est ainsi qu'immédiatement après avoir installé et aménagé un superbe laboratoire de bactériologie et d'histologie,

où nos élèves viennent faire leurs travaux pratiques, nous demandions et obtenions pour eux l'accès de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, où nous organisions, sous la direction du professeur Quenu, l'enseignement de la dissection, efficacement complété par les cours d'anatomie de notre école. C'est ainsi que, sous la haute direction de M. le professeur agrégé Launois, nous organisions également nos cliniques médicales à l'hôpital Baujon, où nos élèves font chaque année un stage de quelques mois et sont initiés à la pathologie interne par des hommes autorisés comme l'était le Dr de Gennes, médecin des hôpitaux, que nous avons eu le regret de perdre brusquement et prématurément cette année, et comme l'est M. le Dr Bezançon, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, qui lui a succédé. C'est ainsi enfin que nous instituions à l'Ecole pour les maladies de la bouche, de la face et du cou, une clinique chirurgicale dirigée avec une grande compétence par M. le professeur agrégé Sebileau, chirurgien des hôpitaux.

Ces efforts ne sont pas demeurés stériles et nous avons eu la satisfaction de recevoir à plusieurs reprises, des examinateurs mêmes de la Faculté, l'assurance formelle que nos élèves sont dans les meilleures conditions possibles de préparation pour se présenter devant eux avec les plus grandes chances de succès. L'évolution graduelle de notre programme d'études s'est donc effectuée lentement, expérimentalement, depuis vingt ans. Les résultats obtenus sont certainement suffisants ; mais, en vertu de la loi du progrès, nous avons voulu faire mieux encore, en nous rapprochant de l'idéal, vers lequel on doit tendre sans cesse.

L'inoubliable Exposition de 1900, avec son cortège de congrès si savamment organisés sous le bienveillant patronage de M. le Ministre du Commerce, sorte d'encyclopédie vivante des connaissances humaines sur le seuil du XXe siècle, a fourni à la profession dentaire française l'occasion d'une superbe manifestation, dans laquelle le rôle des administrateurs et des professeurs de cette école a pu être apprécié. (*Applaudissements.*)

Une magnifique réunion scientifique, composée de mille deux cents dentistes venus de tous les points du globe, fut tenue à Paris au mois d'août 1900, et la séance de clôture de ce 3e Congrès international fut marquée par l'émission de plusieurs vœux. L'un d'eux, qui obtint les suffrages des praticiens éminents dans les deux mondes, portait que les études dentaires devraient avoir une durée de quatre années, pour permettre aux étudiants d'acquérir toute l'habileté manuelle opératoire indispensable à notre profession, dans les travaux de dentisterie et de prothèse, si variés, si délicats et souvent si compliqués.

Les décrets de 1893 et de 1894, qui règlementent les études dentaires, n'ont eu en vue que les garanties à exiger de ceux qui exercent une branche de l'art de guérir, ne se sont préoccupés que des connaissances médicales et ont laissé aux dentistes le soin d'acquérir les autres tout seuls. Ils ont placé le diplôme d'Etat à la suite de trois années d'études et de trois examens, dont aucun ne fournit la preuve que le diplômé possède le moindre savoir technique.

Une réforme s'imposait : nous l'avons opérée, profonde, radicale.

Réalisant immédiatement le vœu formulé l'an passé par le Congrès, nous avons institué une quatrième année d'études exclusivement techniques, à la fin de laquelle seulement nous délivrons, après examen, notre diplôme, que nous plaçons de la sorte après celui de la Faculté, spécifiant bien ainsi la signification des deux parchemins : diplôme d'Etat, connaissances médicales ; diplôme de l'Ecole, connaissances techniques.

C'est donc parmi les diplômés de l'Etat, parmi ceux qui ont déjà le droit d'exercice, que nous allons recruter nos étudiants de quatrième année, étudiants volontaires, étudiants bénévoles, mais désireux de se perfectionner et d'acquérir cette dextérité sans laquelle un dentiste est incomplet. Au droit d'exercice que leur a conféré le premier diplôme ils ajouteront un brevet de technicien expérimenté, que leur aura reconnu le second.

Dans une profession comme la nôtre, en effet, dont la synthèse est si complexe qu'aucune des parties ne peut être séparée du tout et ne saurait être négligée, s'il est nécessaire, pour l'exercer avec compétence, d'avoir des connaissances médicales, afin de traiter et de guérir les organes dont nous avons la charge, il est tout aussi indispensable de savoir les restaurer efficacement après ce traitement et de les remplacer par la prothèse, quand ils viennent à faire défaut ou s'il n'est plus possible de les conserver. De là la nécessité, pour qu'il ne manque rien à notre enseignement, de réunir sous le même toit tous les éléments de savoir que nos étudiants doivent acquérir, afin de remplir honorablement la fonction qui leur est dévolue.

Mais ce n'est pas seulement l'enseignement supérieur qui a été l'objet de notre sollicitude, c'est aussi l'enseignement préparatoire. Nous avons pensé que, pour suivre avec profit les cours de sciences qui leur sont tout à fait inconnues, il fallait soumettre les commençants à une préparation méthodique, qui les initiât progressivement à ces sciences et les familiarisât avec ces manipulations et ces travaux.

Nous donnons donc, pendant un semestre, aux nouveaux venus une instruction théorique spéciale, dont sont chargés plusieurs de nos chefs de clinique, une instruction prothétique au laboratoire, en leur faisant travailler le bois, l'ivoire et les métaux et nous les habituons aux diverses opérations en leur mettant, entre les mains des dents naturelles ou artificielles montées sur plâtre et fixées dans un appareil spécial.

En même temps que nous avons créé une quatrième année d'études et organisé cet enseignement préparatoire, nous avons aussi introduit une série de réformes dans l'enseignement des trois années régulières, de telle sorte que l'année 1900 constitue véritablement dans l'existence de cette école le point de départ d'une troisième et nouvelle phase, que le succès viendra couronner, nous l'espérons du moins, comme il a déjà couronné les deux premières. (*Applaudissements.*)

Ainsi nous avons supprimé les examens de fin d'année,

qui présentaient les graves inconvénients d'imposer à nos élèves une préparation hâtive et un surmenage excessif, comme tous les examens, tout en offrant un aléa inévitable, et nous les avons remplacés par des travaux pratiques exécutés pendant chaque trimestre, avec épreuves finales pour la partie pratique et interrogations pour la partie théorique. De cette façon nous substituons à l'effort brusque et immodéré, qui épuise le sujet, sans donner de résultats durables, l'effort lent et continu, qui permet à l'élève de s'assimiler plus complètement l'objet de son étude, et nous tenons compte de son travail de toute une année.

Nos programmes d'enseignement technique ont été soigneusement revus, modifiés, étendus et surtout unifiés par notre Commission d'enseignement. Avec un corps professoral comme le nôtre, composé de praticiens expérimentés, nous avions laissé subsister jusqu'ici une sorte d'éclectisme permettant à chaque professeur d'enseigner les procédés et les méthodes avec lesquels il était le plus familiarisé. Si ce système était bon dans le passé, alors que nos élèves connaissaient déjà la technique usuelle et possédaient même une certaine habileté manuelle, il n'est plus de même maintenant que nos étudiants sont, pour la majeure partie, des débutants, venant de subir l'examen qui leur permet de commencer les études dentaires. Cependant, nous n'avons pas complètement renoncé à cette méthode qui présente des avantages indéniables, et nous nous proposons de la remettre en pratique dans notre cours supérieur de quatrième année.

Nous avons pensé également qu'il y avait avantage à confier la direction de chaque branche de notre enseignement à un professeur, qui devra veiller à l'application du programme. Nous fondons de grandes espérances sur cette mesure, car ce professeur sera secondé par des collègues responsables à leur tour de l'instruction pratique de chaque année.

Il va de soi que ces créations nécessitent des locaux plus vastes que ceux dont nous disposons actuellement et des aménagements en rapport avec nos besoins.

A cet égard, je me bornerai à vous dire que nous destinons à nos élèves de quatrième années de nouvelles salles et de nouveaux laboratoires, avec une installation tout à fait moderne et l'outillage le plus perfectionné. Il sera notamment institué un cours de radioscopie, science que le dentiste a souvent l'occasion d'appliquer et qui peut rendre de si précieux services pour la chirurgie dentaire ou pour l'orthodontie.

L'enseignement de la prothèse, qui m'est tout particulièrement cher, poursuit son développement systématique et prudent.

Le cours théorique ajouté cette année nous permet aujourd'hui de donner au programme toute son étendue. La clinique de prothèse est organisée dans une nouvelle salle plus en rapport avec l'importance que prend chaque année ce service, car journellement les chirurgiens des hôpitaux nous adressent, après certaines opérations portant sur la bouche ou sur la face, des sujets auxquels il nous faut reconstituer les organes disparus ou réparer des pertes de substances.

Nous avons donc augmenté le nombre de nos cliniques et confié à M. Delair, un récidiviste de la bienfaisance sous toutes ses formes (*applaudissements*) une clinique spéciale destinée uniquement aux restaurations faciales. Cette clinique offre à notre ingénieux confrère l'occasion d'imaginer pour les ouvriers défigurés par les accidents du travail des appareils leur facilitant la phonation, la déglutition et la mastication et leur rendant un aspect humain qui leur permette de retrouver un emploi. (*Applaudissements.*)

Le programme du laboratoire de prothèse a été remanié entièrement.

Nous voulons, cette année, compléter nos remarquables collections d'appareils par d'autres appareils plus modernes, que nous sommes appelés à confectionner chaque jour.

Nous avons l'intention de joindre à nos cours pratiques et théoriques une sorte de leçon de choses, qui consistera dans la vue de tous les appareils imaginés jusqu'à nos

jours en prothèse dentaire, orthopédique et restauratrice.

De son côté, le matériel a été augmenté et perfectionné, surtout sous le rapport des travaux en céramique, que l'application de l'électricité fait entrer de plus en plus dans la pratique courante.

Enfin, la salle de dentisterie opératoire a été considérablement agrandie. Nous nous trouvons, en effet, en présence d'une affluence d'élèves qui ne s'était pas encore produite, puisque cent quatre-vingt-seize étudiants ont suivi nos cours pendant la scolarité 1900-1901, et d'un nombre de malades qui n'avait pas encore été atteint jusqu'à présent, puisque nos registres signalent la présence de 31.494 personnes ayant reçu des soins à notre dispensaire durant la dernière année. (*Applaudissements.*)

Je crois inutile de rappeler que ces soins sont donnés gratuitement et qu'il est de règle absolue au dispensaire de ne percevoir aucune rétribution pour les opérations qui y sont faites et pour les appareils qui y sont fournis. Nous n'y admettons d'ailleurs que les indigents ou travailleurs des deux sexes dans une situation précaire.

Notre institution est ainsi à la fois un établissement d'enseignement et un établissement d'assistance, et pour ce double rôle d'instructeurs de la jeunesse professionnelle et de dentistes des nécessiteux qu'ils remplissent avec tant de dévouement, la plupart des membres de notre corps enseignant, à tous les degrés de la hiérarchie, ne touchent aucune rémunération ; leurs fonctions sont gratuites, comme les soins qu'ils donnent ici.

Ils n'ont d'autre récompense que la satisfaction du devoir accompli et les distinctions honorifiques que la bienveillance du gouvernement leur accorde parfois. Ainsi, cette année, la Légion d'honneur a été conférée à M. Viau, vice-président de notre Conseil d'administration, l'un de nos plus anciens professeurs et l'un des fondateurs de cette école. Cette nomination, faite à l'occasion du Congrès international de 1900, émane du Ministre du Commerce, et je saisis cette circonstance pour vous prier,

monsieur le Ministre, de vouloir bien agréer, à cette occasion, les vifs remercîments du corps enseignant de cette école. (*Applaudissements.*)

Nous avons cependant à notre disposition un budget dont les chiffres sont relativement élevés : 100.000 francs en recettes, 97.000 francs en dépenses ; mais toutes nos ressources sont absorbés par les besoins matériels de l'institution. Nos recettes proviennent des droits scolaires acquittés par les élèves, des cotisations de nos sociétaires, au nombre de cinq cent dix actuellement, de la subvention de 500 francs que nous accorde annuellement le Conseil municipal de Paris et le Conseil général de la Seine, enfin de dons et de souscriptions de membres bienfaiteurs.

Malheureusement nous avons perdu cette année le plus généreux d'entre eux, un des doyens de notre profession, dont le nom restera à jamais respecté, dans toutes les mémoires, M. Em. Lecaudey. Le Conseil d'administration a tenu à donner une dernière preuve de la reconnaissance qu'il garde à cet homme de bien en attribuant à la création de notre quatrième année d'études, sous le nom de fondation Lecaudey, le legs de 10.000 francs que son fils nous a remis en son nom. (*Applaudissements.*)

Pour donner à notre enseignement toute l'impulsion dont il avait besoin, le Conseil a jugé utile d'introduire dans notre organisation administrative quelques réformes, destinées à coordonner les efforts individuels et à éviter toute déperdition d'activité.

Un administrateur général, choisi parmi nos confrères, parfaitement au courant de nos besoins et de nos ressources par la collaboration désintéressée qu'il nous apportait depuis de nombreuses années, M. Papot, a été chargé de la délicate mission de centraliser entre ses mains tous les services administratifs, en y ajoutant la mission la plus pénible de la surveillance des études. Cette surveillance a pour nous une très grande utilité, car c'est ce fonctionnaire qui contrôle les présences et les travaux pratiques consignés dans le carnet scolaire et exigés

maintenant par l'autorité académique, à la suite de notre insistance. Voilà pour le côté matériel de l'enseignement.

Quant au corps enseignant lui-même, il a été l'objet de profondes modifications et de nombreuses adjonctions, que M. Bonnard, président de la Commission scolaire, va vous faire connaître tout à l'heure. Permettez-moi seulement de rappeler que, comme on doit le faire dans une démocratie soucieuse des idées de justice et d'égalité, il est exclusivement recruté par la voie du concours, la seule susceptible d'assigner leur vraie place au mérite et au savoir.

Afin de resserrer les liens qui unissent entre eux tous nos collaborateurs, nous avons décidé récemment de considérer nos élèves, dès le début de leurs études, comme des pupilles de notre groupement. Quand nous aurons développé chez eux les principes de solidarité professionnelle qui sont la base de nos sociétés, nous serons assurés de trouver en eux d'excellentes recrues pour continuer l'œuvre commencée et la mener à bonne fin.

L'initiative privée, qui a fondé et développé cette école, a produit jusqu'ici des résultats considérables : d'abord elle a créé l'enseignement professionnel de toutes pièces, puis, elle a relevé complètement le niveau moral de la profession, enfin elle a soulagé et soigné gratuitement près de 500.000 personnes, auxquelles elle a inculqué des principes d'hygiène buccale, qui peuvent avoir d'heureux effets sur la santé générale de la classe ouvrière. Je passe sur le mouvement industriel et commercial que notre entreprise a provoqué et entretient par la rénovation et le développement constant de notre matériel opératoire et de notre outillage, qui, sous la poussée des idées et des inventions nouvelles, finissent par réaliser de véritables merveilles mécaniques.

Ce qu'il faut voir surtout, c'est le côté moral et social : la possibilité pour les jeunes de trouver auprès de leurs aînés les conseils éclairés de l'expérience, l'application des préceptes d'honorabilité et de dignité professionnelles,

le culte de la philanthropie et de la bienfaisance envers les déshérités de la fortune, des leçons de solidarité et de mutualité, l'habitude de tout attendre de soi et de grouper les efforts de plusieurs pour le plus grand profit des individus et de la collectivité, enfin les avantages de la prévoyance sociale et de l'association. (*Applaudissements.*) Nous apprenons aux nouveaux venus une profession qui les mettra à même de gagner honorablement leur vie et de fonder une famille, une profession dans laquelle ils éprouveront souvent de vives satisfactions en soulageant, en guérissant leurs semblables ou en leur rendant l'usage de certains organes, une profession éminemment utile, qu'on a cessé de railler et dont on est en droit de vanter les bienfaits.

Mais pour bien mériter et conserver la confiance et l'estime qui s'attachent aux actions utiles et à ceux qui les accomplissent, il faut que les jeunes aient dans l'avenir de la profession la foi que nous y avons eue nous-mêmes et que nous avons encore et qu'ils se tournent surtout du côté de la dentisterie et de la prothèse, qui sont véritablement le domaine du chirurgien-dentiste, qu'il s'y adonnent avec ardeur et qu'ils s'efforcent d'en multiplier ingénieusement les innombrables applications. Ce n'est qu'à cette condition que nos sacrifices n'auront pas été vains et que nous aurons, avec la conscience d'avoir fait œuvre durable et utile, la joie d'avoir travaillé, au bien-être social et à l'amélioration de l'humanité. (*Applaudissements.*)

DISCOURS DE M. MILLERAND

Ministre du Commerce.

Mesdames, Messieurs,

Je ne pouvais qu'accepter avec empressement l'honneur de succéder à tant de savants illustres et de ministres émi-

nents qui, avant moi, sont venus présider cette cérémonie solennelle par laquelle l'École dentaire a coutume d'inaugurer ses travaux.

J'avais d'ailleurs, des raisons personnelles, et de nombreuses, et de fortes, pour saisir l'occasion qui m'était offerte de témoigner ma sympathie, mon admiration, à l'institution qu'est l'École dentaire.

Député de Paris, je sais quels services de tous les jours vous rendez à la population indigente de la grande ville, et que plus de 30,000 malades, — vous aviez le droit de le rappeler avec orgueil tout à l'heure, — passent chaque année dans votre Dispensaire.

Ministre du Commerce qui s'honore, vous avez eu raison de le dire, de compter dans ses attributions l'enseignement technique, j'étais heureux de saluer cet établissement, un des trop rares établissements dus à l'initiative privée d'enseignement professionnel supérieur.

Ce qu'il est, les résultats qu'il donne, tout le monde le connaît aujourd'hui. Je n'aurai pas la prétention, après les discours si substantiels, si nourris de faits et de documents que vous venez d'entendre, de reprendre un exposé qui est certainement familier à l'auditoire devant lequel j'ai l'honneur de parler.

Mais je remplis un devoir en remerciant au nom du Gouvernement de la République le corps professoral composé de praticiens et de savants qui mettent avec tant de désintéressement les trésors de leur science au service d'élèves chaque jour plus nombreux.

Comment, Messieurs, oublierais-je que cet établissement d'enseignement professionnel supérieur a eu sa consécration et au point de vue pédagogique et au point de vue social, dans les deux grands événements qui ont marqué pour vous l'année 1900 : l'Exposition Universelle, votre Congrès International? Ils ont mis en pleine lumière les progrès véritablement extraordinaires qui, dans votre sphère, avaient été accomplis, et c'est vous, je crois, monsieur le Président, qui les avez concrétés en cette phrase : « Il n'y a plus au-

jourd'hui de supériorités nationales, il n'y a plus que des supériorités individuelles !... »

C'est vrai, et, pour votre art tout au moins, la France marche désormais de pair avec l'Amérique ! (*Applaudissements.*)

Eh bien, Messieurs, n'auriez-vous obtenu que ce résultat que le Gouvernement de la République vous devrait ses plus vives félicitations. Mais comment le représentant de l'Etat oublierait-il qu'en s'adressant à vous, c'est à ses collaborateurs qu'il parle ?... La loi de 1892, les décrets de 1893 et de 1894, qu'on rappelait tout à l'heure, ont singulièrement rehaussé la dignité de la profession de dentiste, en plaçant au seuil de la carrière des obligations indispensables à l'intérêt public comme à celui de votre corporation. Et quand il s'est agi d'appliquer la loi et les décrets, c'est vers vous naturellement que l'Etat s'est tourné, et c'est parmi vos professeurs, et c'est dans vos établissements qu'il a trouvé les collaborateurs et les locaux dont il avait besoin pour appliquer les lois nouvelles. (*Applaudissements.*)

Mais il y a plus ; et je touche ici à la raison essentielle qui m'a fait accueillir avec tant de plaisir l'invitation que vous avez bien voulu m'adresser.

Je vous présente en ma personne, Mesdames et Messieurs, un partisan incorrigible des syndicats. Cela m'a valu quelques attaques ; cela m'en vaudra d'autres. Il y a longtemps que, pour reprendre un mot connu, « je suis un vieux parapluie qui a vu trop d'orages pour s'en émouvoir ». (*Rires et applaudissements.*)

Je suis un partisan des syndicats, incorrigible, impénitent, et ce n'est pas l'exemple que je trouve ici ce soir qui peut me faire changer d'avis. Jamais, en effet, on ne vit de corporation, de syndicat, d'association professionnelle qui ait mieux et plus que la vôtre, prouvé ce que peut pour une profession l'esprit d'union et de solidarité de ses membres. (*Vifs applaudissements.*)

Il y a vingt-deux années que, devançant les pouvoirs publics, quelques-uns d'entre vous se sont réunis dans le but

de défendre les intérêts, et, il faut le dire, car cela n'a rien que d'extrêmement honorable pour vous, de restaurer le prestige de votre profession. Vous vous êtes mis à l'œuvre, et, en vingt années, on le disait tout à l'heure, quels admirables résultats vous avez obtenus! Vous n'avez pas seulement groupé autour de vous la plupart des membres de la profession ; vous n'avez pas seulement suscité à côté de vous des efforts analogues, vous avez fait mieux : vous avez très rapidement montré que, pour assurer le présent, il n'y avait qu'un moyen efficace, c'était de travailler pour l'avenir. (*Vive approbation.*)

En même temps que vous réunissiez dans votre association les membres de votre profession, vous vous donniez pour but essentiel l'enseignement professionnel. Vous prépariez ceux qui devaient vous succéder ; vous créiez ainsi, de votre propre effort et par votre seule initiative, cette continuité entre les générations, ce lien entre les professeurs d'aujourd'hui et ceux de demain, sans lesquels il n'y a, pas plus de corporations que d'États qui puissent vivre et prospérer. (*Applaudissements.*) Voilà ce que vous avez fait, et les résultats que vous avez obtenus, et sur lesquels je ne reviens pas, disent assez éloquemment combien l'exemple donné par ce syndicat, cette association professionnelle doit être recueilli, médité et suivi.

Il le sera. Et comment ne le serait-il pas? Comment toutes les corporations n'admireraient-elles pas les résultats dus au groupement de quelques bonnes volontés, l'éclosion, le succès surprenant d'institutions qui ont le double caractère de rester des établissements d'initiative privés et d'être en même temps des collaborateurs fidèles et précieux de l'État républicain ! (*Applaudissements.*)

La présence d'un membre du Gouvernement de la République était donc tout indiquée à cette solennité. Je me félicite que ce soit à moi que soit échu cet honneur.

Mais je n'aurais pas voulu venir parmi vous les mains vides ; et puisqu'aussi bien il s'agit d'une distribution de prix, il me paraît que la justice veut que les premiers ré-

compensés — ce ne sont pas les élèves qui sont devant moi qui me contrediront, — soient ceux qui le méritent le mieux et le plus : quelques-uns, trop peu, de ces professeurs à la tête desquels vous êtes placé, monsieur le Directeur, et auxquels je rendais tout à l'heure un hommage si mérité. (*Vifs applaudissements.*)

Monsieur le Ministre de l'Instruction publique, a accueilli mes demandes. S'il ne m'a pas donné tout ce que j'aurais désiré, ne voyez, Mesdames et Messieurs, dans les quelques distinctions que j'apporte, que le désir ardent du Gouvernement de la République d'honorer, en la personne de ceux auxquels je vais les remettre, non seulement leurs mérites personnels, mais aussi, — ce n'est pas les diminuer, loin de là, que de le reconnaître, — les mérites du corps professoral tout entier. (*Applaudissements.*)

Au nom de M. le Ministre de l'Instruction publique, j'ai l'honneur d'apporter la rosette d'officier de l'Instruction publique à M. Lemerle, professeur à l'École dentaire de Paris.

J'ai à remettre les palmes d'officier d'Académie à M. Choquet, professeur suppléant à l'École dentaire de Paris; enfin, Messieurs, les palmes d'officier d'Académie à M. le Dr Roy, professeur à l'École dentaire de Paris. (*Des applaudissements prolongés saluent ces trois nominations.*)

CONFÉRENCE DE M. RICHARD-CHAUVIN

Professeur de dentisterie opératoire.

Monsieur le Ministre,
Mesdames, Messieurs,
Chers élèves,

Chargé par le Conseil de direction de l'Ecole de faire la conférence d'usage, dans cette séance annuelle de réouverture des Cours, je dois, pour suivre une tradition, âgée ce

soir de vingt-deux ans, vous parler de ce qui fait l'objet de mon enseignement: la dentisterie opératoire.

Si le sujet est aride et mal fait pour charmer nos invités, je dois convenir que l'expression elle-même, d'une harmonie phonétique si spéciale, n'est guère susceptible d'impressionner favorablement les oreilles féminines. Que leurs charmantes propriétaires veuillent bien considérer que je m'adresse aussi à des élèves, que cette causerie constitue comme une sorte de leçon inaugurale du cours théorique de cette « dentisterie opératoire » et surtout que c'est leur suffrage seul qui peut donner au conférencier l'assurance de gagner M. le Ministre et l'auditoire tout entier.

Si ces deux mots « dentisterie opératoire » sont caractéristiques, c'est surtout en matière d'enseignement. Dans ce domaine, ils précisent rigoureusement le champ dans lequel évolue l'étudiant dentiste ; ils comprennent tout ce qui se fait au fauteuil, sauf l'examen clinique et les opérations d'urgence.

En définissant la « dentisterie opératoire » l'ensemble des opérations pratiquées sur les dents, en vue de leur conservation, ayant pour but de leur restituer artificiellement l'intégrité que la carie leur a fait perdre, nous donnons une définition exacte, sans doute, mais malheureusement incomplète. En effet, les frontières de la dentisterie opératoire sont des plus irrégulières ; elles s'enchevêtrent inextricablement dans la thérapeutique spéciale de même que dans la prothèse.

Faire de la dentisterie opératoire, c'est faire toujours de la thérapeutique manuelle, c'est faire aussi parfois de la prothèse, non seulement par définition même, mais aussi par incursion dans son domaine proprement dit, c'est-à-dire par le remplacement des organes absents.

Si votre professeur de thérapeutique spéciale, mon ami le Dr Roy, étudie avec vous les médicaments qui font partie de votre pharmacie, tant au point de vue chimique qu'au point de vue de leur action sur les tissus, ce n'est pas, au contraire des médecins, pour que vous les prescriviez à vos

malades, mais bien pour que vous les portiez vous-mêmes sur la partie douloureuse ou contaminée.

Cette médication appliquée, qui constitue la phase préliminaire de votre intervention, exige, pour que les tissus voisins ne soient pas lésés pendant la manœuvre opératoire, une habileté manuelle, un doigté, qui ne peuvent s'acquérir que par une méthodique, patiente et longue pratique.

Si ces opérations de début présentent des difficultés qui seraient insurmontables sans une sévère préparation, que dire de la série qui leur succède! Quelles complications ne rencontre-t-on pas dans la construction des aurifications, par exemple, quelle que soit celle des nombreuses méthodes à laquelle on s'arrête ! Restituer à la dent sa forme normale et ses fonctions physiologiques, niveler très exactement la substance insérée dans la cavité pour éviter les inflammations et les altérations subséquentes, savoir utiliser toutes les méthodes qui trouvent chacune leurs applications logiques, atteindre un degré de perfection qui assure à ces travaux d'art une durée pour ainsi dire illimitée, lutter victorieusement contre les complications supplémentaires que créent le siège et la nature des altérations, n'est-ce pas, de vos propres mains, faire à la fois de la thérapeutique et de la prophylaxie qui est la thérapeutique d'épargne ?

La simple énumération de ces quelques opérations est de nature à vous donner approximativement la notion des difcultés à vaincre et du temps considérable qu'il faut consacrer à cette technique. Nulle étude médicale ou universitaire ne peut suppléer ni même aider le travail des doigts, lorsqu'il s'agit d'acquérir l'habileté indispensable que vos malades réclameront impérieusement de plus en plus.

Je viens de vous parler des rapports de la dentisterie et de la thérapeutique avec une rapidité imposée par le cadre restreint de cette conférence, qui ne peut se prêter à l'énumération de vos opérations, si nombreuses et si diverses, en insistant autant qu'il le faudrait sur les difficultés inhérentes à chacune d'elles. Sachez seulement que la dentisterie opératoire, si vous appliquez rigoureusement les

méthodes scolaires modernes, vous réserve des satisfactions que ne connaîtront jamais les médecins, ou même les chirurgiens, quels que soient d'ailleurs leur science, leur talent, leur sens clinique et même leur chance.

A peu près toujours vous aurez la certitude de soulager les douleurs dentaires, que leur origine soit nerveuse ou infectieuse ; à peu près toujours vous pourrez, sans crainte d'être démentis par l'événement, affirmer que votre intervention n'a pas pour unique résultat la sidération de la douleur, mais aussi la conservation de l'organe indispensable, ainsi que la restitution intégrale de ses fonctions normales.

Si vous êtes soigneux, si, mettant à profit les leçons que vous aurez reçues dans cette école, vous travaillez avec le bon sens que vos maîtres auront aidé à développer en vous, vous serez autorisés à formuler, en faveur de vos opérations, un pronostic de longue durée, que l'avenir justifiera souvent au delà de vos prévisions.

Quelques mots sur les rapports de la dentisterie opératoire et de la prothèse vont vous permettre d'envisager rapidement le terrain de leur évolution commune.

Il y a vingt-cinq ans le travail du cabinet était exclusif de la prothèse. L'opérateur donnait, au laboratoire, les empreintes des bouches qui réclamaient la restauration prothétique et reprenait les appareils confectionnés afin de les placer.

Aujourd'hui le chirurgien-dentiste moderne est appelé à faire constamment de la prothèse au fauteuil d'opérations ; aussi comprend-il de plus en plus la nécessité de suivre cet enseignement.

Qu'il guérisse une dent, ayant subi des pertes de substances telles que le débris restant paraisse inutilisable de prime abord ; si ce débris se trouve placé dans l'axe articulaire d'une dent de la mâchoire opposée, le praticien, soucieux de conserver à son malade un élément précieux de mastication, tentera la restauration. Il construira lui-même une couronne d'or, qui contournera exactement la racine et

la protégera contre l'action nocive de la salive, par le fait même de son scellement hermétique.

Si l'opérateur constate que, dans une bouche féminine, le siège de la lésion est voisin du sourire et qu'il court le risque de laisser apercevoir une paroi d'or, d'une esthétique douteuse, il atténuera la crudité de sa conception en remplaçant la partie visible du chapeau par une section de couronne de porcelaine, et l'esthétique sera sauvée. (*Applaudissements.*) A propos d'esthétique féminine et de porcelaine, savez-vous que les Américains, ces maîtres en toutes choses, ont trouvé le moyen d'incruster dans les dents des parcelles de diamant? Le scintillement des pierres divines sur les épaules de leurs femmes ne leur suffisant plus, ils ont voulu rendre plus irrésistible encore l'éblouissement de leur sourire. Nous, Français, nous nous contentons de fermer la petite excavation de la dent avec un petit bloc de porcelaine ajusté pour la circonstance, un petit bloc bien modeste, imitant au mieux la nuance des perles de nos femmes et de nos jeunes filles, mais se dissimulant, ayant horreur des regards indiscrets. Qui de l'Américain ou du Français a trouvé l'artifice qui met le mieux en valeur votre beauté? Ce serait à vous, Mesdames, de le dire : mais en est-il parmi vous qui aient usé de l'artifice ? Je ne le crois pas, et s'il y en avait, le diraient-elles ?

En rétablissant ainsi utilement, agréablement même, le jeu physiologique de l'organe, l'opérateur n'aura fait autre chose que de la prothèse, sans, pour ainsi dire, quitter son cabinet.

Qu'il s'agisse au contraire de rétablir, unilatéralement, le plan masticateur de l'un des maxillaires ; la pensée dominante du praticien sera de supprimer la plaque encombrante qui supporte habituellement les dents artificielles. C'est encore dans son cabinet que s'accompliront les délicates manipulations qui président à la confection d'un appareil à pont : couronnes, coiffes pour racines, anneaux, etc. C'est aussi dans la bouche qu'il fixera les rapports exacts de ces différentes pièces isolées.

Le dent à pivot, l'antique dent à pivot elle-même, qui était autrefois synonyme de « fluxion, » que j'ai vue, il y a plus de trente ans, se promenant, en nombreuse compagnie, dans un tiroir construit pour elle et attendant mélancoliquement que l'occasion se présentât pour le praticien de la placer extemporanément (car à cette époque, on fabriquait d'avance des dents à pivots qui s'adaptaient toujours très heureusement aux cas fournis par le destin) ; cette pièce avant la lettre est maintenant un travail de cabinet très minutieux et très soigné. L'opérateur conscient est toujours assuré d'un pronostic heureux après le placement de ce petit appareil, car il a d'une façon très judicieuse, traité et préparé le canal de la racine qui doit servir de gaîne au pivot. Tous ces cas ne relèvent-ils pas de la prothèse, ou plutôt l'opérateur ne fait-il pas, pour ainsi dire au même moment, de la dentisterie opératoire, de la prothèse, de la thérapeutique immédiate et de la thérapeutique prophylactique?

Si ces différentes branches sont soudées, dans le labeur quotidien du professionnel, n'est-ce pas à cause de leur lien commun : l'effort manuel, qui les a développées à la fois concurremment et conjointement ? Quel que soit l'effort mental que nous demandions à l'élève, il n'est qu'une préparation destinée à rendre intelligente, si je puis m'exprimer ainsi, la dextérité digitale.

Pour synthétiser en quelques mots la raison d'être du dentiste je vous dirai : vous devez à vos malades l'abolition de la douleur, la conservation de leurs dents, éléments indispensables d'une assimilation normale, et la restitution des organes absents, c'est-à-dire études techniques ; mais pour que votre intervention soit intelligente, vous devez être fixés sur la constitution intime des dents et des maxillaires, sur leurs fonctions, sur leurs maladies et les complications de ces maladies, sur les moyens d'y remédier ce qui s'exprime scientifiquement ainsi : anatomie et histologie normales et pathologiques-physiologie-pathologie et thérapeutique spéciales, c'est-à-dire études théoriques. La partie théorique peut vous demander deux ou trois semestres ; quant à la partie prati-

que, votre existence professionnelle n'y suffira pas. (*Applaudissements.*)

Pardonnez-moi cette longue apologie de l'effort manuel; mais elle était nécessaire. L'effort manuel justifie la prétention des écoles dentaires d'être des écoles d'application professionnelle, il est la raison même du grand honneur que nous fait ce soir le chef suprême des écoles professionnelles! M. le Ministre du Commerce, en daignant présider notre réunion.

Si, par essence même, le ministère du Commerce doit favoriser toutes les initiatives, qu'elles soient individuelles ou collectives, et notre École a été créée par l'initiative des dentistes, quel appui ne trouveront-elles pas auprès de vous Monsieur le Ministre, qui savez mieux que tous que c'est de l'indépendance morale qu'elles font naître, des idées intellectuelles et économiques qu'elles remuent, que dépend le sort de la génération qui vient, le sort de la République?

Cette vue schématique de ce qu'est à notre époque la dentisterie opératoire, m'amène à vous parler succinctement de ce qu'elle était dans le passé ; ne fût-ce que pour établir un parallèle qui vous permette de pressentir les progrès accomplis, et, le progrès ne s'arrêtant jamais, à vous dire en quelques mots comment nous entendons préparer son évolution dans l'avenir.

C'est en France, au XVIIIe siècle que prit naissance le mouvement, hélas! isolé, qui devait aboutir à la Renaissance de l'art dentaire. Des hommes éminents, les Fauchard, les Bourdet, les Jourdain en furent les initiateurs. Ils sont les véritables ancêtres des Lemaire et des Gardette, qui transportèrent en Amérique, à la suite de Lafayette et de Rochambeau, les connaissances consignées dans des ouvrages qu'on peut lire encore avec fruit. Ces précurseurs de méthodes modernes créèrent une ébauche magistrale de la prothèse et cotoyèrent souvent les problèmes scientifiques et techniques de la dentisterie opératoire qui devaient être élucidés plus tard, par la mise en œuvre de l'effort col-

lectif, par la création de la première école dentaire du monde ouverte à Baltimore en 1839. Parler des progrès que cette Institution fit faire à la dentisterie opératoire serait recommencer à peu près entièrement l'exposé rapide de la première partie de cette causerie. Ce que n'avait pu créer l'effort isolé, fut réalisé par l'effort collectif. De la renaissance professionnelle française sortit la renaissance américaine.

Pendant qu'aux Etats-Unis le progrès marchait à grands pas, la situation restait stationnaire en France, comme d'ailleurs dans les autres pays. Les praticiens français, qui prétendaient représenter l'élite professionnelle, médecins spécialisés sans préparation, étaient surtout préoccupés d'éliminer des concurrents et dans ce but réclamaient bruyamment l'obligation du doctorat pour les dentistes.

L'œuvre professionnelle de ces praticiens improvisés se qualifie d'un mot : néant. Leur œuvre sociale est entièrement représentée par leurs réclamations intéressées. Les échecs successifs de plusieurs générations n'ont pas découragé leurs derniers représentants. Ne pouvant revendiquer la plus infime part dans la création des méthodes nouvelles de dentisterie opératoire, ni, du reste, dans celle du traitement médical et rationnel des dents, ils restent cristallisés dans leur conception moyenâgeuse, alors que l'idée moderne de la SPÉCIALISATION EFFECTIVE s'impose de plus en plus.

Le passé d'un Fauchard, c'est l'avenir en germe, c'est la lumière qui point. Le passé de notre parti rétrograde dont « Magitot » était le représentant le plus considérable, c'est la nuit. Aussi est-ce l'enseignement de ce dernier, consigné dans son chapitre de médecine opératoire, qui, quoique récent, va nous donner les éléments de comparaison entre la dentisterie rudimentaire du passé et les méthodes actuelles.

Quarante ans après l'ouverture de l'Ecole de Baltimore, Magitot enseignait dans son chapitre de médecine opératoire (*Dictionnaire Dechambre*, art dent.) que le tour à

fraiser était un instrument dont il fallait se défier ; que la digue de caoutchouc trouvait difficilement un emploi judicieux ; que le traitement curatif de la périostite infectieuse était tributaire du drainage, un expédient abandonné depuis longtemps par les chirurgiens ; qu'en cas d'insuccès le traitement ultime était la réimplantation en trois temps :

1° Extraction de la dent atteinte de périostite chronique du sommet.

2° Résection de la partie altérée.

3° Réimplantation immédiate.

A cette époque la plupart d'entre nous étudiaient dans cette maison à peine ouverte la dentisterie opératoire sous la direction de M. Lewett, de New-York, et déjà nous savions : qu'aucun travail sérieux n'était possible sans le tour à pédale ; que la digue de caoutchouc était indispensable pour opérer aseptiquement à l'abri de la salive ; que le traitement curatif de la périostite était réalisable par la désinfection de la cavité pulpaire et des canaux radiculaires de la dent malade ; que le drainage, procédé archaïque, qui n'aurait jamais dû être indiqué dans un traité scientifique moderne, n'offrait qu'un avantage : celui de permettre l'écoulement des poisons dans la cavité buccale ; qu'enfin la réimplantation, que nous pratiquions à l'occasion, comportait au moins un quatrième temps : désinfection de la dent et de la cavité alvéolaire avant la réimplantation, afin d'éviter la récidive des accidents par la persistance des causes.

Cet homme, pourtant de grande valeur, auquel nous devons de remarquables travaux d'histologie et d'embryologie, ce chef d'école hypothétique, que ses successeurs n'approchent pas, avait une excuse : il finissait sa carrière alors que se levait l'École dentaire de Paris ; il est mort irréductible dans ses idées, par méconnaissance des hommes nouveaux. Ses succcesseurs, eux, ne s'expliquent pas. Figés dans la technique du XVIIIe siècle, ils nous confondent, ils nous semblent sortir d'un musée tératologique.

Si notre profession a ses réactionnaires, il ne faut pas

croire que tous les dentistes, docteurs en médecine, les suivent. Il en est qui ont affirmé hautement et courageusement l'indispensabilité de l'effort manuel. Très intelligemment, ils ont compris que le moyen le plus simple, pour connaître une profession, est encore de l'apprendre. Ceux-là tiennent dans votre enseignement une place remarquable ; ils sont, au même titre que les autres techniciens qui ont assumé la responsabilité de votre éducation professionnelle, vos maîtres dévoués, et je suis heureux de l'occasion qui m'est offerte de manifester publiquement la grande estime que je professe pour mes bons amis Sauvez, Roy, Frey, etc, etc. (*Applaudissements.*)

Cette exhumation du passé fait saillir la valeur des progrès réalisés et l'antithèse justifie les paroles d'un des hommes les plus considérables des Etats-Unis, le Dr Kirk : « Il n'y a plus maintenant de supériorités nationales en art dentaire ; il n'y a que des supériorités individuelles. » (*Applaudissements.*)

Mais le progrès n'étant jamais arrivé, l'important est d'être toujours en route avec lui ; aussi rêvons-nous dans la mesure du possible de faire disparaître les supériorités individuelles en nivelant notre profession « par en haut ».

Un stomatologiste nous reprochait récemment de chercher encore, après vingt-deux ans, les meilleures méthodes d'enseignement : « Vous ne les avez donc pas encore trouvées, s'exclamait-il ingénument.» Certes et nous l'avouons sans en être priés. N'est-il pas de règle dans cette maison de n'être jamais satisfait, ni des autres, ni de soi-même ?

La canalisation des progrès futurs sera l'œuvre de la quatrième année, car, ainsi que notre directeur-adjoint vient de vous l'apprendre, nous avons créé une année supplémentaire. Cette charge additionnelle est, du reste, facultative et entièrement en dehors des obligations officielles.

L'idée de cette quatrième année, qui a pris naissance ici même, à l'École dentaire de Paris, arrive si bien à son heure qu'aussitôt présentée aux Fédérations nationale et internationale, elle y a été acclamée d'enthousiasme et le

principe de son application immédiate a été accepté par les écoles dentaires françaises aussi bien que par les Américains. Désormais, le diplôme de l'Ecole dentaire de Paris ne sera plus délivré qu'à la fin de la quatrième année, alors que nos élèves auront satisfait aux exigences officielles, qu'ils seront Chirurgiens-dentistes, qu'ils auront le droit d'exercer.

Pourquoi cette quatrième année ?

Pendant la scolarité officielle nous préparons nos élèves pour le diplôme de l'État, lequel les astreint, pendant la moitié, au moins, du temps dont ils disposent, à des travaux qui ne les préparent en aucune manière à remplir leurs obligations envers le public. Il s'en suit que, si nos étudiants ont tout vu pendant leurs trois années, si même, ils ont pratiqué toutes les opérations difficiles, exécuté tous les travaux de choix que comporte la dentisterie opératoire actuelle, ils manquent parfois d'un entraînement suffisant pour pratiquer ces opérations d'une façon courante. Avant la création du diplôme officiel nos programmes portaient principalement sur la science et la technique dentaire, de telle sorte que les trois années étaient employées à peu près exclusivement à la spécialisation effective, laquelle correspondait absolument aux besoins de nos malades. Le temps pris d'office par l'État pour donner aux dentistes un supplément de culture scientifique, aussi obligatoire qu'accessoire, ce temps, dis-je, doit être compensé afin que nos malades ne soient pas lésés. Cela n'exclut pas l'hommage à César, non plus que la considération due à son parchemin, qui seul confère au dentiste le droit à l'existence. Voilà pourquoi la quatrième année, dans laquelle les élèves, pourvus du grade officiel, seront entraînés à l'exercice constant et répété des travaux spéciaux déjà faits en troisiéme année : Traitement rapide et impeccable des caries douloureuses et compliquées ; restaurations, aurifications, couronnes, travaux à pont, etc. dans ce qu'ils présentent aussi de plus compliqué.

A l'examen, l'élève prouvera qu'il peut appliquer les

méthodes de choix assez rapidement, pour que, s'il contribue honnêtement à les vulgariser au profit du public tout entier et non d'un public privilégié, son œuvre de vulgarisation soit assez rémunératrice pour assurer son existence et celle des siens.

Cet enseignement « après la lettre » sera suivi. Notre nouveau diplôme sera recherché, croyez-le bien, chers élèves, et je m'adresse à ceux d'entre vous qui vont les premiers travailler à l'acquérir pour leur dire : lorsque, conscients de votre valeur et de votre honnêteté, vous chercherez toujours le mieux pour votre clientèle, vous remplirez votre devoir professionnel. Si, appréciant le sacrifice de ceux qui, malgré leurs absorbantes occupations quotidiennes, vous ont donné, dans leurs leçons, le meilleur d'eux-mêmes, vous venez leur demander, en leur offrant votre part de travail, de les aider à soulager et à guérir les 30.000 malades qui se présentent ici chaque année ; si vous vous dévouez à votre tour pour l'enseignement de ceux qui viendront après vous, vous pourrez porter haut la tête dans cette maison et dans la société, car vous aurez rempli dignement votre devoir humanitaire, votre devoir social. (*Applaudissements*).

LECTURE DU PALMARÈS

Par M. Bonnard,

Président de la Commission scolaire.

Monsieur le Ministre,
Mesdames, Messieurs,
Chers élèves,

Permettez-moi de vous rappeler qu'au cours de l'année scolaire 1900-1901 des distinctions honorifiques ont été accordées à plusieurs membres du Corps enseignant.

Ont été nommés *officiers de l'Instruction publique :*

MM. Francis Jean, Marié, Isch-Wall.

Officiers d'Académie :

MM. Sebileau, Barrié, Bioux, Delair, Prevel.

Par suite de vacances ou de création de cours nouveaux, les modifications suivantes ont été apportées dans le Corps enseignant.

Ont été chargés de Cours, (dentisterie opératoire théorique 1re et 2e année) :

MM. Richard-Chauvin.

Barrié, suppléant.

Prothèse théorique (1re année) :

M. Martinier.

Ont été nommés, après concours, professeur suppléant de dentisterie opératoire :

M. Mendel-Joseph.

Chef de clinique stomatologique : M. Blatter.

Chef de clinique dentaire : M. le Dr Audy.

Chef de clinique de prothèse : M. Delair.

Ont été nommés après concours sur titres aux postes de démonstrateurs :

MM. Launois, Baélen, Dr Collard, Dr Mahé, Amen et Baudet.

Aux postes de préparateurs de cours :

MM. Lemaire, Lemerle fils et Baudet.

PALMARÈS DE L'ANNÉE SCOLAIRE 1900-1901.

3e année.

Élèves ayant obtenu le nombre de points fixé par le règlement et auxquels sont accordés le diplôme de l'École dentaire et les récompenses suivantes :

Maximum des points : 126. — Minimum : 76.

Session de juillet.

M. Masson, Henry, premier avec 123 points 3/4.

1er *Prix d'excellence.*

Ce prix comprend :

Une médaille de vermeil offerte par M. le Ministre du Commerce.

Une médaille de vermeil offerte par l'École.

Un tour à fraiser offert par la maison S. S. White (de Philadelphie).

Prix d'épreuves pratiques :

Une trousse contenant 9 daviers et 3 élévateurs, offerte par la maison Ash et Fils (de Londres).

Prix de clinique :

Volume offert par M. le Préfet de la Seine au nom du Conseil général.

Mme OPPENOT, née FANNY FREY, 119 points.
2e *Prix d'excellence.*
Ce prix comprend :
Une médaille d'argent offerte par l'ÉCOLE.
Un tour à fraiser offert par la maison RAYMOND FRÈRES.
M. BARELLO, Joseph, 116 points 3/4.
3e *Prix d'excellence.*
Ce prix comprend :
Une médaille de bronze offerte par l'ÉCOLE.
Une trousse et douze daviers offerts par la maison V. SIMON.
1er *Prix de prothèse.*
Prix offert par L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE.

Mentions honorables.

(1re) M. BONNET, Franck, 109 points.
Tour de prothèse de cabinet, offert par la maison WIRTH.
(2e) M. CROSSE, Guillaume, 108 points 1/4.

Prix Lecaudey.

(3e) M. MICHEL, Georges, 106 points 1/2.
(4e) M. ROY, Abel, 104 points 1/2.
(5e) M. SKOSOWSKY, Émile, 102 points 3/4.
(6e) Mlle VAN DER, BIEST, LIA, 101 points 1/4.
(7e) M. BRODEUR, Louis, 101 points 1/4.
(8e) M. MARCHAT, Joseph, 100 points 1/2.
(9e) M. LEPRÊTRE, Paul, 100 points;
2e *Prix de prothèse* : M. ZHA, Anatole.
Pièce à main offerte par M. AUDY (de Senlis).

		Points
M.	MUNTEANU, Jean...	99 3/4
Mlle	HIRSCHFELD, Anatole	99 1/2
MM.	ZHA, Anatole......	99 1/4
	CRÉPON, Auguste..	98 3/4
Mlles	LOHIER, Madeleine.	98 1/4
	BURDIAT, Alice.....	97
MM.	EUDLITZ, Zacharie.	97
	TOMINE, Albert.....	94 3/4
	GÉDON, Pierre.....	94 1/4
	CRÉPIER, Étienne...	93 1/2
	SAUVANET, Jules...	92
	OLLIVIER, Georges.	91 3/4
	BLONDEEL, Oscar...	90 3/4
	MASSON, Joseph....	89 1/2
	DUPONTREUÉ, Pierre.	88 1/4
	TARIOTE, Maurice..	87 3/4
MM.	Verachtert, Georges......	87 3/4
	Squillante, Adolphe......	85 3/4
	MEYERS, Jean......	84 1/2
	PRUDHOMME, Lucien	84 1/4
	DE KOCK, Eugène..	84
Mlle	CHÉNARD, Mathilde.	83 3/4
MM.	SÉNÉCHAL, Louis...	83
	POTTIER, Auguste..	82 3/4
	CHANAROND, Joseph	80 3/4
	RICHARD, Louis....	80 1/2
	TRABOLD, Rodolphe	80 1/4
	CADIOT, André.....	79 1/2
	ISNARD, Pierre.....	76
	Dr HUTTINGER, Otto.	
	Dr TROPINI, Antonio	

Session d'octobre.

	Points		Points
MM. Bert, Jules........	100 1/2	MM. Foulon, Jules......	80 3/4
Desforges, Gaston.	95 1/2	Richard, Georges..	77 3/4
Desaux, Henry....	84 3/4	George, Pierre.....	76 1/4
Gallay, Jules.....	83 3/4	Vogelweith, Jacques......	76
Lanquetin, Pierre..	82 1/4		

2e année.

Élèves ayant subi avec succès l'examen de 2e année et admis à suivre les cours de troisième année.

Maximum des points : 96. — Minimum : 56.

Session de juillet.

M. Martinier, Georges, premier avec 86 points.

Prix d'excellence.

Ce prix comprend :

Un bon de 100 fr. d'instruments offert par MM. Ott et Cie.

Prix d'épreuves pratiques.

Une tablette de cabinet offerte par MM. Contenau et Godart.

M. Péré, René.

Prix de clinique.

Volume offert par M. le Préfet de la Seine, au nom du Conseil général.

	Points		Points
MM. Leconte, Georges.	85 1/2	M. Peré, René........	71 3/4
Miégeville, Paul..	82 1/2	Mlle Lesourd, Marie....	69
Mlle Lempert, Nadia....	82	MM. Duverger, Némorin	68 1/4
MM. Guillemin, Émile..	81 3/4	Schwabacher, Edmond...	67 1/2
Scherer, Victor....	81 1/2	Chevallier, Paul..	67 1/2
Mlle Labie, Amélie......	80 3/4	Mirmande, Edmond	65 1/4
MM. Briola, Régis.....	80	Lenain, Maurice...	64 1/2
Gencel, Adrien....	78 1/4	Hanck, Joseph.....	63 3/4
Gonard, Léon.....	77 3/4	Jordanis, Charles..	63 1/2
Duclos, Henri.....	76 1/4	Abrand, Jules.....	60
Ricou, Abdon.....	76 1/4	Baghdjian, Meguerdicht...	59 1/4
Degouys, Georges.	75	Eymard, Jean......	59
Prat, Frédéric....	74 3/4	Soalhat, Georges..	58 1/2
Dupuy, Edouard...	74 1/4	Blum, Armand.....	57 3/4
Drain, René......	72 1/4	Lohier, Maurice...	56

Session d'octobre.

	Points		Points
MM. Geerebaert, Louis.	66	M. Courtil, René.....	58 1/4
Villain, Georges..	60 1/2	Mme Kaltchinian, Sultane......	56 1/4
Ribard, Louis.....	58 1/2		

1re année.

Élèves ayant subi avec succès l'examen de 1re année et admis à suivre les cours de deuxième année.

Maximum des points : 78. — Minimum : 46.

Session de juillet.

M KNODLER, Louis, premier avec 72 points 1/2.
Prix d'excellence.
Ce prix comprend :
Une boîte et 10 daviers offerts par la maison LEMAIRE-BILLARD.
Prix d'épreuves pratiques :
Coryleur offert par la maison BUCHET et Cie.
M. LEVADOUR, Gilbert.
Prix de clinique :
Volume offert par M. LE PRÉFET DE LA SEINE au nom du Conseil général.

	Points		Points
MM. QUÉRÉ, Joseph....	67	MM. ROZENBERG, Benoît	57
DUVIGNAU, Marius.	65	THOMAS, Marcel....	56 3/4
BOUDOT, Pierre....	64 1/2	RENHOLD, Moïse...	55
Morineau Hippolyte......	64 1/2	BOUDY, Clotaire....	55
CORDIER, Paul.....	64 1/4	MARCHAND, Alexis.	54 3/4
DARCISSAC, Eugène	64 1/4	GASNIER, Georges.	54 1/4
GUICHARD, Georges	64	Kboul, Jean-Baptiste.....	54 1/4
Mlle WHEELER, Marie...	63 3/4	DUTOURD, François.	53 1/2
MM. DAELHER, Bernard.	63 1/2	MONICK, Marie....	53 1/4
QUENNET, Gustave.	62 3/4	Charbonnier, Georges.....	52 1/2
RAT, Jules.........	62 1/2	DALBÉRA, Auguste.	52 1/4
GROSSO, Léon.....	62 1/2	AVEZOU, Paul......	51 3/4
BARRÉ, Paul......	62 1/4	Vertadier Hippolyte.....	51
BOILEAU, Léonce...	61 3/4	LEVADOUR Gilbert..	50 1/4
GIRARDIN, Maurice	61	RATORÉ, Louis.....	50
CLÉRISSE, Charles..	60 3/4	JOLLY, Paul.......	49 1/2
BIGAIGNON, Gaston.	59 1/2	NOBLET, Charles...	49 1/2
DÉNARIÉ, Claudius.	59 1/4	Chahinian, Chabouch.....	49 1/4
ROUSSET, Pierre...	59 1/4	PAILLET, Jules.....	48 1/4
VENTURINO, Joseph	58 1/2	PÉZIEUX, Lucien...	47
CRÉPON, Théodore.	58	KHODOSS, Berka...	46 3/4
POIX, Gaston......	57 3/4	BÉCAVIN, Gaston...	46
BRET, Fernand....	57		

Session d'octobre

	Points		Points
MM. Joly, André......	59	MM. Burgué, Maurice..	51 1/4
Reuter, Henri......	58 3/4	Girod, Léonce.....	50 1/2
Wahl, Camille....	58	Mlle Duvert, Marie.....	50 1/4
Mlle Hervo, Alphonsine.	54 1/4	MM. Barrier, Léon.....	50
M. Lehalleur, Albert.	51 1/2	Beck, Paul........	48 1/4

M. Bonnard termine en adressant, au nom du Conseil d'administration, des remercîments aux donateurs de prix dont il a cité les noms.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT
DES SCIENCES



CONGRÈS



D'AJACCIO

1901

SECTION D'ODONTOLOGIE

Mardi 10 septembre.

Séance de section à 9 heures du matin.
(Suite).

Présidence de M. CH. GODON.

M. Godon, donne la parole à M. Rolland.

DE L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE, THÉORIQUE ET PRATIQUE

PAR LE SOMNOFORME EN CHIRURGIE GÉNÉRALE ET EN CHIRURGIE DENTAIRE

Par le Dr G. ROLLAND.

Messieurs,

D'Horace Wells, le modeste dentiste d'Hartfort en l'Etat de Vermont, à nos jours, l'anesthésie a fait de grands progrès.

L'antisepsie et l'anesthésie ont permis les audacieuses et brillantes interventions chirurgicales; c'est pourquoi notre communication a aussi bien sa raison d'être dans notre Congrès de l'Association française pour l'Avancement des sciences que dans la Section d'Odontologie où se groupent les hommes qui ont l'honneur de compter parmi leurs gloires le nom d'Horace Wells, le père de l'anesthésie.

D'ailleurs, les éléments que je vais avoir l'honneur de vous présenter offrent des avantages nouveaux de sécurité, de rapidité et de simplicité qui me paraissent très réels et que mieux que personne vous pourrez discuter et apprécier.

Tout d'abord je ne m'occupe que d'anesthésies générales par inhalations et parmi celles-ci du *Somnoforme*, du chloroforme et de l'éther.

Tous ces anesthésiques, Messieurs, pénètrent dans le poumon à l'état gazeux. Là ils se substituent à l'air atmosphérique et forment leur physiologie particulière. Pour déterminer les conditions nouvelles dans lesquelles va se trouver l'économie en présence de ces agents thérapeutiques, il conviendrait d'étudier dans ses points essentiels la physiologie de la respiration et de la circulation normales, si je n'avais affaire à des hommes déjà instruits de ces questions.

* * *

Cependant laissez-moi vous dire que c'est en m'inspirant des phénomènes d'échange qui se passent au niveau du poumon et qui sont le résultat des tensions différentes existant entre les différents gaz et de la tendance que ces gaz ont à équilibrer leurs pressions dans les millieux qu'ils occupent que j'ai cliniquement cherché le mélange anesthésique qui arriverait à remplacer facilement une partie de l'O. pour accomplir sa fonction spéciale et atteindre ses effets spéciaux dans le laps de temps que l'O. met à accomplir les siens.

Pour que les phénomènes que j'ai recherchés arrivent à se produire, il m'a fallu réaliser certaines conditions :

D'abord que la tension des gaz anesthésiques fût supérieure à celle de l'O. pour se substituer à lui dans une certaine proportion dans l'intérieur de l'alvéole.

Et une deuxième conséquence découle :

Plus un gaz est volatil, plus grande par conséquent est sa tension et plus la substitution de l'O sera facile.

Ceci, indiscutable en théorie, est d'une pratique impossible, en raison de la volatilité de ces corps, liquides difficiles à maintenir dans des récipients, et s'évaporant instantanément dans le cornet ou la compresse. Il me fallait également un produit plus fidèle et plus prompt que le chlorure d'éthyle, d'où partirent mes premières recherches.

C'est pour ceci que j'ai été amené à former un mélange de 5 o/o de bromure d'éthyle, de 55 o/o de chlorure de méthyle et de 60 o/o de chlorure d'éthyle. J'ai ainsi obtenu un produit malléable, à la fois assez fixe et assez volatil pour obtenir les effets cliniques que je demandais.

C'est en expérimentant sur les animaux, puis sur moi-même et sur les malades auprès desquels j'ai eu à intervenir que j'ai constitué la formule de ce produit auquel j'ai donné le nom de *Somnoforme*.

J'ai recherché, non pas une anesthésie quelconque, mais une anesthésie régulière, fixe, se produisant toujours identiquement et avec une même précision physiologique par l'effet de conditions toujours semblables et que nous déterminons dans le manuel opératoire.

Par le somnoforme je n'ai pas cherché à produire simplement une anesthésie rapide comme par le protoxyde d'azote, le bromure d'éthyle ou le chlorure d'éthyle avec lequel j'ai commencé mes premières expériences, mais j'ai cherché à reproduire les conditions de pénétration, de séjour et d'élimination de l'O. introduit dans l'organisme.

Et si, ainsi que les physiologistes l'ont établi, en 25″ le globule sanguin dont l'hématine s'est chargée d'une certaine quantité d'O. a fait sa révolution dans l'organisme et, partant du ventricule gauche, est revenu dans le ventricule gauche, après avoir éliminé les produits comburés, l'anesthésique idéal, celui que nous devions rechercher, est celui qui doit, empruntant les modalités de l'O, substituer son action à la sienne.

Mais dans les 25″ que nous voulons mettre à profit, la moitié de la circulation est artérielle, l'autre veineuse; donc, de l'entrée de l'anesthésique à sa sortie 25″ doivent

s'écouler; mais la durée vraiment agissante de l'anesthésique, de même que celle de l'O, doit être de moitié moins et en 12 ou 14″ l'anesthésie doit être atteinte.

C'est le problème que résout le *Somnoforme*.

C'est par des expérimentations cliniques que, peu à peu, j'ai atteint ces résultats.

Naturellement si, cliniquement, les conditions d'administration du *Somnoforme* ne sont pas réalisées, que le malade ait peur et ne respire pas, que le cornet soit mal fait, l'anesthésiste pusillanime ou maladroit, au lieu de quelques secondes, il faudra une ou deux minutes et quelquefois même on n'obtiendra pas l'anesthésie. Mais dès que j'aurai fini ma communication, j'emploierai le *Somnoforme* sur moi-même et vous verrez qu'en 12 ou 14″ j'aurai chargé mes globules sanguines des gaz nécessaires à mon anesthésie. Je ferai la même démonstration sur ceux d'entre vous qui voudront s'y prêter. Je vous engage à chronométrer à partir du moment où je commencerai ma première inspiration dans le cornet jusqu'au moment où mes bras, tombant dans la résolution anesthésique, laisseront choir le cornet que j'aurai maintenu moi-même sur mon visage pour m'endormir.

Vous me verrez ensuite revenir à moi sans malaise, reprendre rapidement ma connaissance et je serai pourtant encore à l'état d'analgésie que je serai déjà fort capable de répondre aux questions qui me seront posées.

* * *

Je ne serais pas complet, si je ne prévenais par ma réponse la question que tout praticien ne manquera pas de poser :

Le *Somnoforme* présente-t-il les dangers du chloroforme ou de l'éther ? — Comme eux peut-il tuer ?

La réponse est bien facile. Expérimentalement, quel que soit l'anesthésique employé, quelles que soient ses propriétés, du moment que dans l'organisme il tient la place d'éléments indispensables à la vie, tôt ou tard il tuera.

La quantité normale d'O. est si nécessaire à la vie que, si l'administration d'un anesthésique quelconque se continue assez longtemps, la mort deviendra plus ou moins vite, suivant les doses administrées.

De ceci font foi les expériences de Paul Bert. Par des mélanges titrés de chloroforme, mélanges incapables de déterminer l'anesthésie, les animaux se refroidissaient et mouraient au bout de quelque temps.

Donc, en principe, nous affirmons qu'expérimentalement tout anesthésique est capable de déterminer la mort par les modifications qui interviennent dans l'économie. Quelle est la nature de ces modifications sur les organes et sur le globule en particulier? — C'est ce que les recherches de laboratoire que j'ai entreprises me permettront ultérieurement de dire.

Cliniquement, notre réponse est de beaucoup plus favorable. Nous pouvons, par notre expérience personnelle et par des considérations physiologiques, dire que le somnoforme ne présente aucun des inconvénients qu'on reproche depuis un temps indéfini au chloroforme et à l'éther.

Les accidents graves des anesthésiques sont de deux sortes: accidents initiaux, irritatifs et mécaniques; accidents toxiques opératoires ou post-opératoires.

Les accidents initiaux, syncope laryngo, reflexe de Duret, qui surviennent aux premières aspirations de l'anesthésique, sont d'effet irritatif et analogues à ceux que pourraient produire l'ammoniaque ou d'autres vapeurs irritantes. Les recherches, les discussions, les expériences des physiologistes aboutissent à dire que cette irritation, cette excitation de la muqueuse se transmet par les fibres du trijumeau et du laryngé supérieur au bulbe, d'où elle se réfléchit sur les pneumo-gastriques et sur les ganglions modérateurs du cœur, et qui, finalement, arrêtent les fonctions de cet organe.

Or, avec le somnoforme quoi d'étonnant que sur tant d'observations (700) je n'aie rien constaté de semblable? — Transformé en un gaz léger et nullement caustique, il passe

rapidement sur les muqueuses sans déterminer d'irritation.

Les accidents toxiques pendant l'opération se produisent toujours par la difficulté qu'éprouve l'organisme à se débarrasser d'une surcharge de l'élément anesthésique. Les manœuvres de respiration artificielle, pour le renouvellement des gaz propres à la vie et l'élimination de ceux qui y sont impropres, sont la preuve de ceci. On n'hésite pas à en faire des cas d'intoxication. Et l'on est unanime à admettre que la syncope qui survient dans une administration de l'anesthésique graduellement ou brusquement poussée trop loin n'est autre qu'une intoxication. Pour nous, nous y voyons une intoxication et une asphyxie; l'accumulation de produits non comburés et partant non èliminés, c'est l'intoxication et l'entrée insuffisante de l'O. l'asphyxie. Dans la syncope mortelle ces phénomènes morbides atteignent tout l'organisme et notamment la moelle allongée, trait d'union de tous les éléments nerveux.

Pendant l'anesthésie les syncopes sont le résultat de cette double cause, intoxication et asphyxie ; toute l'économie et tous les globules sont hypersaturés du narcotique.

Or, ces syncopes, ces morts ne peuvent pas se produire avec le *Somnoforme*, qui, en raison de sa volatilité est, dès qu'on cesse de l'administrer, en état d'élimination immédiate. Le sang est ainsi en hyposaturation et jamais nous n'avons eu à faire de manœuvres de respiration artificielle ni vu survenir le moindre incident.

En un mot, pénétration, absorption, éliminations lentes et difficiles, tels sont les défauts des anesthésiques généraux employés jusqu'ici et auxquels on fait de graves reproches et que nous avons tenté de formuler en cet aphorisme :

« *Plus un élément anesthésique s'éloigne des conditions de pénétration, de circulation, d'élimination de l'O. dans l'organisme, plus il y aura d'accidents à craindre et plus ces accidents seront graves.* »

Les accidents post-opératoires : mort par choc, lente élimination, anémies, ne sont que l'expression de mêmes pro-

cessus. Le globule, l'organisme ne peut se débarrasser ou ne se débarrasse que fort lentement du chloroforme ; c'est alors la mort rapide après l'opération, le choc opératoire, multiplié par les poisons organiques et l'anesthésique non éliminés. Ce sont encore de longues anémies qui sont sans rapport avec des opérations habilement conduites et où l'hémostase fut parfaite. Ou bien ce sont des vomissements, des céphalalgies, du dégoût, l'horreur du chloroforme dont on est imprégné et qui met quelquefois huit ou quinze jours à disparaître.

Avec le *Somnoforme* en peut-il être de même ?

Non. Il pénètre dans l'organisme et en sort comme l'O. du sang, comme les gaz du sang. Il effleure, si je puis ainsi dire, le globule du sang et ne le pénètre pas et, également, dans les profondeurs de l'économie, et sur la cellule nerveuse son action est aussi discrète et aussi fugace.

Je n'ai pas à signaler encore d'opérations ayant dépassé vingt minutes, mais nos opérés, dès que l'administration du *Somnoforme* cessait, revenaient très vite à eux, ne témoignaient aucune gêne et se trouvaient aussi dispos qu'après une minute d'anesthésie. Si, la nature de l'opération n'y mettait obstacle, jamais, du fait du *Somnoforme*, ils n'ont dû suspendre leurs occupations ordinaires et jamais ils n'ont accusé de malaise proche ou lointain.

Nous pouvons donc formuler, avec assez de vraisemblance, l'espoir que nous pourrons utiliser cet anesthésique pour les longues opérations. Dans quelques jours j'aurai expérimenté et je pourrai vous communiquer des résultats certains.

Enfin le *Somnoforme* présente ces avantages précieux pour toutes les interventions d'urgence, grande ou petite chirurgie, qu'on peut opérer, que le malade soit à jeun ou non, qu'il soit assis ou couché, qu'il soit en contracture ou en résolution musculaire, que son action est rapide et sans danger et que le malade peut vaquer à ses occupations, boire et manger comme d'habitude.

J'ai jugé inopportun de vous rapporter mes nombreuses

observations (6 ou 700), puisque je vais expérimenter sous vos yeux ; elles seront l'objet de communications nouvelles que mes collaborateurs et moi nous ferons devant vos sociétés savantes.

Permettez-moi de vous donner cependant une idée de ces opérations. Outre les opérations dentaires qu'a collationnées le Dr Chaminade, mon assistant à la clinique de l'École dentaire, je puis signaler que je suis intervenu trois fois au forceps sous les vapeurs *somnoformiques*, j'ai fait une dilatation de l'anus, ouvert un anthrax volumineux de la nuque, un phlegmon, une adénite, trois panaris, j'ai *somnoformé* un malade pendant que le Dr Loumeau, spécialiste des voies urinaires, pratiquait une uréthrotomie interne et j'en ai *somnoformé* d'autres aussi pour le service de quelques ophtalmologistes.

Je signalerai également le cas d'un docteur dont l'intéressante observation sera publiée et qui, pour des phénomènes de prostatite consécutifs à une vieille uréthrite, dut subir souvent le massage de la prostate et une instillation de nitrate d'argent dans l'urèthre postérieur. Tout d'abord il ne se livra au *somnoforme* qu'avec appréhension, puis il s'anesthésia lui-même et, par une sorte de gourmandise, il multiplia les séances. Il en est à la vingt-cinquième ou trentième et, quoique l'intervention soit à peine douloureuse, il ne manque jamais de se *somnoformer*.

Ces opérations ont parfois dépassé un quart d'heure. Et dans ces cas, comme pour les autres anesthésiques, j'ai maintenu l'anesthésie par des rations d'entretien. Il ne m'a pas été possible de faire de plus longues anesthésies, parce qu'en ce moment je n'étais pas arrivé à avoir, comme je ne les ai eus que peu de jours avant le Congrès, des appareils distributeurs commodes.

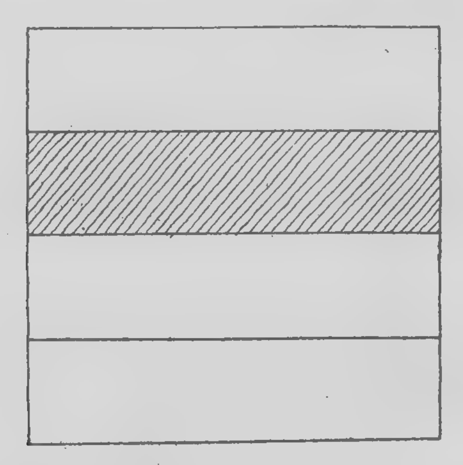
Dans les observations que j'indique, au moins pour les personnes non timorées, non prévenues, nous avons toujours couvert les données de la physiologie normale : anesthésie rapide, sommeil naturel, respiration, circulation normale, réveil rapide.

* * *

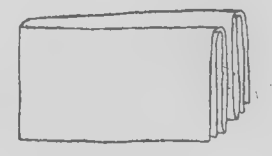
Passons maintenant au *Manuel opératoire.*

Flacon. Vous passez un cordon à sa base et vous l'attachez à votre boutonnière, le distributeur en bas. Ainsi vous avez les deux mains libres.

Compresse-masque. — On prend un mouchoir ordinaire. Entre son pli longitudinal médian et un de ses plis latéraux on place une feuille de papier (fig. 1).

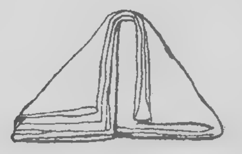


Puis on achève de plier le mouchoir. On rabat ensuite les deux chefs du mouchoir l'un sur l'autre en formant un pli vertical (fig. 2).

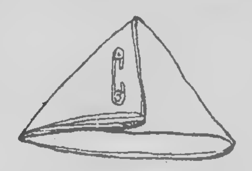


Puis on rabat les deux angles symétriques (fig. 3) l'un sur l'autre ; le premier angle doit venir à l'extrémité de la ligne médiane et le second doit recouvrir le premier plus ou moins, suivant l'ouverture de base qu'on veut donner au

cornet. On fait ce qu'on appelle le chapeau de gendarme



(fig. 4). On a aussi constitué un cornet en forme d'en-



tonnoir et sur une partie de son pourtour conique se trouve un angle, une encoche formée par la superposition des deux chefs ; c'est là qu'on place le fixateur (épingle de nourrice, pince à cravate ou pince à pantalons).

Au fond du cornet on met une boulette d'ouate.

On a ainsi un cornet aussi bien fermé qu'il est possible sur les côtés par les chefs du mouchoir qui chevauchent, au fond de l'entonnoir par la boulette d'ouate, dans l'épaisseur par la couche de papier.

Et alors, le malade étant assis ou couché, à jeun ou non, on projette cinq centimètres cubes de *Somnoforme* dans le fond du cornet, aussi près du fond qu'il est possible.

Et l'on porte rapidement la compresse sur la bouche et le nez qu'on emboîte exactement dans l'encoche et l'on tâche de faire adhérer exactement les pourtours du cornet au visage pour continuer l'exactitude de la fermeture.

Alors le malade respirant bien, on voit son œil se fixer ; il dort, il garde longtemps les sensations de contact, mais on peut opérer, il est dans la période analgésique qu'on peut dépasser pour arriver à la période anesthésique, s'il est nécessaire. Les contractures peuvent exister encore, mais il n'y a pas en tenir compte. On peut opérer.

Pour pousser l'anesthésie plus loin, il faut faire simple-

ment respirer davantage le patient dans le cornet et, pour le maintenir anesthésié, procéder à des rations d'entretien, comme pour les autres anesthésiques, mais en pratiquant toujours, autant qu'il est possible l'herméticité du cornet, dans son contact avec la face.

Discussion.

M, Seigle. — Peut-on employer ce moyen anesthésique pour de longues opérations ?

M. Rolland. — Certainement.

M. Touvet-Fanton. — Le mélange anesthésique qu'emploie M. le docteur Rolland pour l'anesthésie générale est le même dans ses éléments fondamentaux que celui que nous connaissons sous le nom de coryl et que nous employons depuis longtemps pour l'anesthésie locale. Je suis d'autant plus heureux de le féliciter en le voyant présenter une méthode très nette d'anesthésie générale avec ce même produit que nous avons tous pu remarquer qu'il nous arrivait de faire avec le coryl de l'anesthésie générale involontairement, à tel point que pour ma part, j'en fais ma règle à peu près constante. Voici comment je procède après avoir fait la réfrigération du champ opératoire.

Je passe à la réfrigération extérieure des trajets nerveux sur la peau de la face, et enfin, reportant le jet de coryl dans la cavité buccale, je prie mon malade de faire une longue et forte aspiration. Il se produit alors un moment de stupeur, que j'utilise pour l'opération.

L'avantage du produit employé est de ne laisser qu'un très passager moment d'anéantissement. Et celui-ci est-il plutôt agréable et provoque de plus chez l'opéré un état de gaîté, qui pourrait faire donner au produit employé le qualificatif de gaz hilarant, avec plus de raison qu'au protoxyde d'azote certainement.

Et je répète que je suis heureux de voir ici le Dr Rolland ériger en une véritable méthode un procédé que nous n'employons que d'une façon approximative, et le félicite et de cette méthode et de la simplicité avec laquelle il a su l'appliquer.

M. le Dr Rolland. — C'est précisément en effet, à la suite de cas fortuits d'anesthésie générale, comme en vient de signaler M. Touvet-Fanton, que j'ai été amené à mettre en pratique la méthode que je vous présente.

M. le Dr Sauvez. — Pourquoi ajoutez-vous du chlorure de méthyle au chlorure d'éthyle.

M. le Dr Rolland. — C'est pour éviter la grande détension que

présente le chlorure de méthyle seul; son action serait d'ailleurs trop fugace.

M. Thuillier. — Y a-t-il des contre-indications?

M. le Dr Rolland. — J'en arrive presque à pouvoir répondre non. Sans doute on peut toujours mourir et bien des cas de mort sous un anesthésique quelconque ne sont pas dus à des causes indiquées comme contre-indications palpables: des anévrismes miliaires du côté du cerveau par exemple, peuvent provoquer la mort avec un anesthésique quelconque.

Mais, en raison de la fugacité qui rapproche ce produit de l'action de l'oxygène, j'ai moins d'accidents à redouter, puisqu'il s'élimine vite et qu'il suffit de quelques secondes pour que l'état normal soit rétabli dans l'organisme.

M. le Dr Godon. — Vous n'avez pas parlé du bromure d'éthyle.

M. le Dr Rolland. — J'ai été lassé de ce produit, en constatant la période suffocante et l'action convulsivante qu'il produit.

Après ces explications M. Rolland fait le cornet, y verse le *somnoforme,* s'endort lui-même et se réveille dans les conditions qu'il a indiquées; anesthésie ensuite MM. de Trey, Vichot, Delair. Le temps demandé par chaque anesthésie demande entre 18 et 30 secondes pour chaque anesthésie amenée à résolution. Les patients déclarent avoir éprouvé d'agréables sensations en s'endormant et ne ressentir que du bien-être à leur réveil. Aucune lourdeur de tête, aucun malaise ne suit le réveil.

M. Touvet-Fanton signale quelques cas de céphalée observés par lui quelques heures après les opérations qu'il a citées précédemment, et demande au Dr Rolland s'il a observé cette particularité.

M. le Dr Rolland ne l'a pas observée. Les opérés constatent qu'après quelques moments de stupeur, d'anéantissement pendant lesquels les sensations ressenties sont celles d'un bien-être passif, ils retrouvent vite leur état normal.

M. Godon remercie M. Rolland de sa très intéressante communication et des démonstrations concluantes qu'il vient de faire.

PRÉSENTATION D'UNE SERINGUE SPÉCIALEMENT A L'USAGE DES MÉDECINS ET DENTISTES

Par M. Kelsey (de Marseille).

Discussion.

M. Godon. — Cet appareil est ingénieux. Vous avez pu voir qu'il met à notre disposition à la fois une seringue pour l'eau chaude et l'eau froide à volonté et antiseptique si l'on veut, de l'air froid, de l'air chaud, l'action du thermo-cautère et un réservoir stérilisateur.

M. Rolland. — Cet appareil est bien construit et offre l'avantage d'avoir sous la main les principaux instruments nécessaires. Cependant on pourrait le modifier avantageusement en lui donnant la forme d'une fontaine.

Vendredi 13 septembre

Séance de section à 8 h. 1/2 du matin.

(Suite.)

Présidence de M. Delair, vice-président.

SINUSITES MAXILLAIRES

LEUR TRAITEMENT PAR LE CHIRURGIEN-DENTISTE : *a*, A L'ÉTAT DE COLLECTION DU SINUS ; *b*, A L'ÉTAT DE VÉGÉTATION ; *c*, A L'ÉTAT DE NÉCROSE DES PAROIS.

Par le Dr Oscar Amoedo,
Professeur à l'École odontotechnique.

La bibliographie des inflammations des sinus maxillaires tient une place importante dans l'histoire des sciences médicales au XVIIIe et au XIXe siècle. La symptomatologie et surtout le traitement ont donné lieu à de vives discussions qui sont aujourd'hui oubliées, mais qu'il serait bon peut-être de mieux connaître pour juger les procédés opératoires modernes.

C'est à la fin du XVIIe siècle que *Nathaniel Highmore* (1614-1684) publie la description de l'antre qui porte son nom, bien qu'il ne fît en cela que suivre *Cassérius*. Il pratiqua même une trépanation du sinus par la voie dentaire en arrachant une canine, mais il ne sut tirer aucun parti de l'observation de la malade qu'il guérit. A part une ob-

servation de *Molinetti* (Pavie 1675) où un abcès du sinus fut soigné par la trépanation buccale, on ne trouve aucune trace de cette opération dans les écrits des auteurs de la fin du XVIIe siècle.

C'est au commencement du XVIIIe siècle que *Guillaume Cowper* conseille la perforation des alvéoles et particulièrement l'extraction de la première molaire. Il injecte ensuite des substances astringentes dans la cavité. *Drake* (1707) et *H. Meibom* (1713), J. Juncker (1720) recommandent aussi la voie alvéolaire et rejettent l'opération tentée par *Molinetti* en Italie. Ces auteurs d'ailleurs ne connaissaient probablement pas les travaux de *Cowper*.

Mais le premier travail important sur cette question est la thèse de L. H. *Runge* soutenue en 1750, où les principales affections des sinus sont décrites d'une façon succincte, mais fort juste.

L'opération de *Drake*, c'est-à-dire la voie alvéolaire, lui semble la méthode de choix, bien qu'il rapporte une observation ou son père trépana avec succès la paroi antérieure ou buccale du sinus. On trouve de nombreuses observations où la méthode de *Cowper* fut employée, dans les travaux de *G. Heuermann*, de *Ol. Acrel*, de *Bourdet*, de *Benj. Gooch* et de *J. F. Henkel*.

En 1761, un des dentistes les plus célèbres du XVIIIe siècle, qui contribua beaucoup par son zèle, aux progrès de la médecine dentaire, *Jourdain*, publia son traité des maladies du sinus maxillaire, dans lequel il préconisa l'ouverture de l'orifice nasal de l'antre d'*Highmore*. Sa méthode fut combattue par de nombreux chirurgiens et surtout par *Th. Bordenave* (1768-1774). L'Académie elle-même la déclara très difficile, souvent inutile et presque toujours dangereuse.

Vers la même époque, *Lamorier* indiquait comme lieu d'élection de la trépanation de l'antre d'*Highmore* la paroi antérieure ou buccale, au-dessous de l'apophyse malaire. *Bordenave* mit surtout en relief l'influence des dents dans les affections du sinus. Il conseille donc comme traitement l'extraction des dents, la perforation des alvéoles et l'in-

troduction d'une canule qui permet de faire des lavages. Cette méthode convient aux cas où il existe encore des dents, et l'auteur conseille d'arracher celles qui sont douloureuses. Lorsque les dents ont disparu et que la voie alvéolaire n'est plus possible, il convient de recourir à la méthode de *Lamorier* ou à celle de *Cowper* de préférence. Les auteurs de la fin du XVIIIe siècle ne font guère que choisir dans les méthodes précédentes celles qui conviennent au cas qu'ils ont à traiter. La thérapeutique fait peu de progrès, mais on continue d'étudier la symptomatologie et l'étiologie des affections du sinus. Les noms des chirurgiens anglais *Berdmore*, *J. Hunter*, *B. Bell*, ceux des Allemands *Weyland*, *Henkel* et *Richter*, enfin les Français *Chopart* et *Desault* sont les plus célèbres. Ils précisent les indications opératoires, mais nous ne leur sommes redevables d'aucune innovation. Le XIXe siècle, dans sa première moitié, continue les idées précédentes. On trépane toujours soit le fond de l'alvéole, soit la fosse canine, et l'on emploie les injections de *Jourdain*, avec plus ou moins de succès. Les travaux s'accumulent sur cette importante question chirurgicale qui échappe de plus en plus aux dentistes pour tomber dans le domaine de la chirurgie générale. Nous n'avons pas le dessein d'énumérer tous ces travaux, et nous citerons simplement les noms de : *Richerand*, *Choquet*; les thèses inaugurales de *Deschamps* fils (1804), *Lombard* (1836), *Leclerc* (1849), de *Giraldès* (1851).

La révolution qui s'opère en chirurgie à la suite des travaux de *Lister*, de *Pasteur*, modifie sensiblement les interventions comme celles d'ailleurs de la chirurgie générale.

Les noms qui sont liés à cette question de pathologie sont ceux de *Zuckerkandl* (1882), *Ziem* (1886).

Les spécialistes s'en emparèrent et lui firent faire de rapides progrès. Leurs études eurent le grand mérite de montrer que les symptômes dits classiques des sinusites : gonflement de la joue, douleur locale, augmentation de l'écoulement suivant la position du malade, étaient des symptômes tout à fait inconstants.

Les formes latentes de l'affection sont de plus en plus étudiées par *Tornwaldt*. L'étiologie est précisée ; elle est dentaire dans la grande majorité des cas pour *Frankel*, nasale pour *Schiffers*.

Les travaux en France ne sont pas moins importants. Citons parmi les plus récents, ceux de Luc qui a attaché son nom à un procédé opératoire.

De cette rapide revue historique, nous voudrions cependant une conclusion : c'est que les inflammations du sinus peuvent et doivent être traitées par les chirurgiens-dentistes. Elles l'ont bien été autrefois, et il n'est pas admissible que nous abandonnions à nos confrères les rhinologues des affections, qui traitées à temps par nous, sont faciles à guérir. Nous avons voie d'accès dans l'antre d'*Highmore* puisque, la dent enlevée, nous sommes dans la place. Guidé par ces raisons, nous avons eu maintes fois l'occasion de traiter des sinusites maxillaires, et c'est le résultat de notre pratique que nous venons donner ici.

Définition et division.

Les anciens auteurs décrivaient plusieurs altérations du sinus. *Jourdain* enseigne qu'il y a deux sortes de collections dans l'antre d'*Highmore*, les unes inflammatoires, qui sont douloureuses et qui attaquent les os, les autres lymphatiques, froides, indolentes qui les ramollissent et les bourgeonnent.

On décrivait d'ordinaire : l'engorgement inflammatoire ou sanguin, pouvant se terminer par suppuration ; l'engorgement lymphatique qui peut suppurer, mais qui amène d'ordinaire un épanchement séreux (hydropisie du sinus), enfin la rétention du mucus résultat des formes précédentes.

Les auteurs modernes ont fait table rase de cette division plus didactique que clinique.

Ils décrivent : 1° l'inflammation du sinus ; 2° l'abcès du sinus (empyème du sinus ou sinusite chronique).

Il convient d'ajouter que l'inflammation simple est une affection rare, à symptômes obscurs et qu'en réalité aujour-

d'hui tout l'intérêt de la description et du traitement est reporté sur la sinusite chronique (abcès ou empyème du sinus).

Cependant, pour nous conformer à l'usage, nous décrirons ces deux variétés. Nous ajouterons un chapitre spécial pour les variétés des sinusites qui se compliquent de nécrose des parois.

Cette complication imprime une direction tellement spéciale que nous avons cru bon d'étudier le traitement des sinusites : 1° dans la sinusite inflammatoire simple ; 2° dans la sinusite chronique (empyème du sinus) ; 3° dans les nécroses osseuses consécutives à certaines sinusites anciennes.

1° *Sinusite aiguë.*

Syn. : Inflammation simple du sinus maxillaire. Catarrhe du sinus.

C'est *Jourdain* surtout qui a décrit cette affection et a insisté sur son traitement.

Les symptômes sont une douleur profonde persistante dans la région du sinus, douleur qui peut s'irradier soit du côté du nez, soit du côté de l'œil. Les dents peuvent être branlantes et douloureuses à la pression.

Mais déjà *Bordenave* avait montré combien il est difficile d'établir un diagnostic du catarrhe du sinus avec ces seuls éléments. Si l'affection retrocède, le médecin pensera à une fluxion, à une névralgie dentaire. Si, au contraire, elle va jusqu'à la suppuration, on pourra alors rapporter les phénomènes initiaux à leur véritable cause.

Nous dirons seulement qu'en cas de douleur profonde persistante de cette région, douleur survenant chez un sujet dont les dents sont en mauvais état, le praticien pourra penser à la sinusite aiguë à son début.

Nous dirons plus loin le traitement de l'affection à cette période.

2° *Sinusite chronique.*

Syn. : Abcès du sinus, empyème du sinus.

Le mot d'abcès (du latin abcessus, abscedere), l'apostume

des anciens, du grec (αποσιημα), s'appliquait primitivement aux collections purulentes contenues dans une cavité accidentelle, mais il l'engloba bientôt celles même qui se forment dans des cavités naturelles. C'est là évidemment forcer la signification du mot. Nos prédécesseurs ont cependant accepté cette extension et jusqu'à nos jours les traités classiques, les dictionnaires ont conservé le terme d'abcès du sinus.

En réalité les abcès du sinus de l'antre d'*Highmore* sont de véritables empyèmes (εν, πύον) et ce terme a été avec raison proposé dans ces dernières années. Mais comme on entend par empyème exclusivement l'accumulation du pus dans les plèvres, malgré son exactitude étymologique, le mot n'a pas eu tout le succès qu'il méritait.

Il conviendrait cependant que ce point de terminologie fût fixé. Les auteurs contemporains l'ont bien compris et le terme d'abcès du sinus ne se retrouve plus aujourd'hui dans les traités classiques. On décrit des sinusites aiguës et chroniques (celles-ci sont les abcès ou empyèmes du sinus) et on est aussi plus près de la vérité clinique et anatomo-pathologique. Il y a en effet dans l'abcès tel qu'il est étudié et compris de nos jours un processus qui n'existe pas dans la sinusite chronique : c'est la mortification des tissus, la formation d'une cavité aux dépens de ces tissus.

Pour toutes ces raisons nous pensons qu'il serait temps d'abandonner ces dénominations qui n'ont pour elles que le respect qu'on doit aux choses anciennes. Nos étudiants dentistes ne seraient plus dès lors exposés à comparer mentalement l'abcès en général et l'abcès du sinus. Le nom changé, l'affection reste la même et nos prédécesseurs l'ont assez bien étudiée au point de vue clinique et thérapeutique pour que, rappelant leurs travaux, nous ajoutions comme synonymie au terme de sinusite celui d'abcès ou d'empyème de l'antre d'*Highmore*.

Étiologie.

L'influence des causes générales qu'ont invoquées les an-

ciens auteurs ne paraît pas être bien démontrée. La théorie des métastases, si commode, avait beau jeu dans ce cas, mais ce n'était qu'une hypothèse.

Les causes externes ont, au contraire, une action indiscutable.

C'est ainsi que les sinusites chroniques peuvent être dues à des traumatismes (fractures, plaies par instruments piquants, tranchants, par armes à feu), à l'ablation de dents malades. On sait en effet que chez certains sujets les racines des dents pénètrent dans la cavité du sinus. Une périostite alvéolo-dentaire a donc les plus grandes chances d'amener une suppuration du sinus. Une affection des fosses nasales, de l'orbite, ou même de la joue pourra produire le même résultat. Les sinusites frontales par la communication avec le sinus maxillaire au moyen de l'infundibulum causent fréquemment des sinusites maxillaires.

En pratique, interrogez avec le plus grand soin le système dentaire, c'est là qu'est la cause du mal; les anciens auteurs l'avaient bien vu et leur thérapeutique a bien souvent porté sur cette région.

Il est enfin une cause de sinusite chronique qui est indiscutable, c'est l'infection opératoire dans le traitement des caries du quatrième degré. Depuis que les règles de l'antisepsie sont entrées dans la pratique, les sinusites ont diminué de fréquence, et il est permis d'attribuer le grand nombre de ces affections, au XVIII[e] siècle, à l'attention peut être intempestive que les opérateurs avaient apportée à cette région.

Anatomie pathologique.

Les sinusites sont rarement mortelles; aussi les autopsies sont-elles rares. Certains traumatismes graves du crâne ayant plus tard une issue fatale auraient pu peut-être servir utilement cette question ; mais dans ces cas on ne pense pas au sinus, dont l'importance est secondaire.

Les observations de *Mare, Foucher-Duménil*, sont classiques. Elles nous apprennent que le pus est ordinairement

fétide, caséeux ou grumeleux, que l'orifice nasal de l'antre est oblitéré ou libre, et enfin qu'il y a parfois des épaississements, des nécroses des parois.

Symptomatologie.

La description ancienne des traités classiques a été profondément modifiée dans ces derniers temps par les travaux des rhinologues. Les symptômes décrits jadis étaient les suivants : douleur profonde, sourde, siégeant au niveau de l'antre d'*Highmore* et présentant des irradiations alvéolo-dentaires et orbitaires ; dents douloureuses à la pression et paraissant allongées, phénomènes sympathiques du côté de l'œil et du nez, écoulement de pus par la narine correspondante quand le malade incline la tête en bas et en avant.

La rhinoscopie a montré que ces symptômes n'étaient ni constants ni pathognomoniques et le mérite des travaux de la fin du siècle dernier a été de bien établir la description des sinusites maxillaires.

La douleur est un symptôme très inconstant, et, quand elle existe, elle n'est pas toujours localisée à la région malaire ; elle s'irradie à la région frontale.

Le gonflement de la joue, sur lequel les anciens auteurs s'étaient étendus, est encore plus rare. *Zuckerkandl* sur trois cents examens cadavériques n'a pas observé une seule fois la dilatation du sinus. Aussi les auteurs modernes rattachent-ils le gonflement de la joue à des kystes dentaires enflammés secondairement.

L'écoulement fétide par la narine correspondante est en effet le seul symptôme qui très souvent met sur la voie du diagnostic.

Cet écoulement se produit quand le malade se mouche ou quand il occupe une position spéciale la tête inclinée en bas et en avant. Le malade sent cette odeur, il la compare à celle d'un égout, du poisson pourri, etc., et il souffre de son état. Cependant ce caractère de fétidité n'est pas absolument constant et il n'est pas toujours aussi intense. Disons encore que l'écoulement, au lieu de se faire par la na-

rine, peut se produire en arrière par les choanes. L'examen rhinoscopique antérieur et postérieur permettra de ne pas confondre ces cas avec un catarrhe purulent de l'arrière gorge.

Nous verrons plus loin, à propos du diagnostic, que cet écoulement constitue un des signes dits de certitude de la sinusite maxillaire.

Si les choses restent en état et qu'aucun traitement ne vienne arrêter l'affection, l'écoulement du pus par la narine aura bientôt produit des lésions de la muqueuse nasale. Les sinus ethmoïdaux et frontaux pourront être pris à leur tour par propagation, puisqu'ils sont tributaires aussi du méat moyen. Plus tard pourront apparaître les fistules qui peuvent être alvéolaires, palatines, canines ; mais ces cas sont rares aujourd'hui et le plus souvent le chirurgien aura été appelé auparavant.

Ce qu'il faut retenir de ce tableau symptomatologique, c'est que le plus souvent la sinusite maxillaire est une affection qui se développe à l'insu du malade, d'une façon latente et qui est découverte à l'occasion d'un autre examen. C'est ainsi que nous autres dentistes nous sommes placés dans des conditions spéciales pour cela : l'inspection de la bouche nous a maintes fois permis de diagnostiquer des sinusites tout à fait ignorées des malades.

Complications.

On a signalé des complications oculaires, des névralgies rebelles, mais la principale est la nécrose des parois ; ces altérations osseuses sont d'ordinaire limitées, mais elles peuvent être considérables et elles impriment dès lors un cachet tout spécial à la maladie.

Par le fait même de sa situation, en effet, l'os n'a pas tendance à s'éliminer, et l'affection est alors très tenace et est pour cela difficile à traiter. C'est pour cela que nous avons voulu indiquer notre traitement dans ces cas qui sont si délicats.

Diagnostics.

Dans la première période, quand l'inflammation n'est encore, comme l'a appelée *Lermoyez*, que le coryza du sinus, elle peut être confondue avec une névralgie, une périostite alvéolo-dentaire. D'ailleurs le dentiste ne sera pas consulté à cette période pour cet état, et il n'est pas nécessaire de nous attarder à ce diagnostic.

La présence du pus dans le sinus amène des symptômes qui faciliteront le diagnostic. Il nous arrive souvent à nous dentistes, pendant que nous donnons des soins aux malades, d'être incommodés par l'odeur spéciale fétide qu'ils exhalent par les narines. Trois affections peuvent produire cet état :

1° Le coryza, surtout chez la femme ; 2° la sinusite (ethmoïdale, frontale, sphénoïdale et maxillaire) ; 3° l'ozène.

Le coryza apparaît surtout dans la saison froide, il est passager et son diagnostic ne présente pas de difficultés.

L'ozène (rhinite atrophique) est caractérisé par une dilatation des voies aériennes facile à découvrir. Il est accompagné d'un symptôme caractéristique, la perte de l'odorat du malade. Il n'existe pas, dans ce cas, de suppuration, les narines sont sèches et recouvertes de croûtes verdâtres.

Il nous reste l'origine sinusienne. On interrogera dès lors le malade, on lui demandera si en se mouchant il trouve qu'une des narines donne du pus plutôt que l'autre. L'examen de la bouche sera fait ensuite ; malheureusement cet examen est très difficile, même pratiqué par un dentiste expérimenté.

Il ne faut pas croire que les dents cariées et non obturées et les racines soient seules capables de produire des sinusites. On conseillait jadis d'arracher la dent douloureuse à la percussion ; or, nous avons trouvé maintes fois qu'une dent absolument indolore, donnant à la percussion un son tympanique, et même transparente à l'éclairage électrique, avait provoqué une sinusite. Cela s'explique très facilement, car souvent une fistule alvéolo-dentaire s'ou-

vrant dans le sinus entretient la suppuration de cette cavité. Dans ce cas la dent offre les caractères précédents : indolence, son tympanique.

L'explication en est facile. Une dent dont la pulpe est morte est atteinte de périostite alvéolo-dentaire, celle-ci est suivie d'un abcès qui s'ouvre dans le sinus maxillaire et laisse une fistule alvéolaire par où continueront à se dégager les gaz contenus dans la cavité pulpaire ; consécutivement il y a raréfaction et ossification du ligament alvéolo-dentaire, et de là le son tympanique, l'immobilité de la dent et la difficulté de l'extraction.

Un des moyens de confirmer le diagnostic qui nous a été fort utile en maintes occasions, c'est de pousser une injection forcée d'eau oxygénée à travers le canal de la racine. L'eau oxygénée en présence du pus dans la cavité sinusienne donne lieu à un dégagement mousseux facile à constater en faisant moucher le malade. L'oreille peut aussi percevoir un bruit particulier, produit par la formation de cette mousse.

En résumé, pour nous dentistes, la fétidité nasale nous fait suspecter la sinusite, et la présence d'une racine ou d'une dent morte nous met sur la voie. L'eau oxygénée est un moyen de confirmation.

Les auteurs classiques indiquent des signes de probabilité et des signes de certitude. Les premiers sont la douleur profonde au niveau de la région du sinus, l'odeur fétide spéciale, l'écoulement de pus par le nez, etc. Les signes de certitude sont au nombre de deux :

1° Le signe de *Frankel :* réapparition du pus dans le nez préalablement nettoyé, quand on fait pencher la tête du malade ;

2° Le signe de *Hering :* opacité à l'éclairage électrique.

Plus récemment, pour confirmer le diagnostic, les auteurs allemands ont conseillé des ponctions exploratrices et ont pour cela indiqué différentes voies : alvéolaire, canine, méat moyen et inférieur.

Les différentes formes dont nous allons établir le traite-

ment pourront être diagnostiquées de la façon suivante :

Nous avons indiqué déjà le diagnostic de la sinusite au début.

A la période de végétation, le diagnostic pourra être fait par l'intensité de l'opacité à l'éclairage électrique et par la tenacité aux traitements par les lavages simples du sinus.

A la période de nécrose, il suffit de promener un stylet dans la cavité du sinus soit par la voie nasale, soit par la voie alvéolaire pour trouver des portions de la paroi dénudées.

Traitement.

Lorsque la collection purulente est petite et récente et si la cause a été reconnue dans une fistule alvéolo-dentaire s'ouvrant dans le sinus, on peut, avec chance de succès, tenter le traitement avec des lavages à l'eau oxygénée à 12 volumes.

L'injection sera faite par le canal radiculaire, qui sera rempli ensuite d'une mèche d'éther iodoformé, et la cavité de la dent sera obturée à la gutta-percha. Ce traitement sera répété d'abord tous les deux ou trois jours, puis tous les huit jours, puis une fois par mois jusqu'à ce que l'eau oxygénée sorte limpide par le nez en produisant une sensation de brûlure. Cela veut dire que le sinus est guéri.

Dans d'autres cas, le trajet fistuleux s'oblitère par cicatrisation et alors les injections ne peuvent plus passer. Ici l'absence de pus dans les narines et de gêne fonctionnel seront la preuve de la guérison. Ces cas sont très fréquents, et les dentistes, en traitant des dents à pulpes mortes et infectées, ont guéri bien souvent leurs malades d'une sinusite sans s'en apercevoir.

A une période plus avancée, lorsque la muqueuse du sinus est hypertrophiée et pyogénique, il faut pratiquer l'extraction de la dent malade, qui sera généralement la deuxième prémolaire, la première ou la deuxième grosse molaire supérieure. Grâce à l'anesthésie, à la cocaïne employée pour l'extraction, on trépane la paroi alvéolaire ; on peut se ser-

vir pour cela des trépans d'*Ottolengui* qui servent aux implantations dentaires. Quelques injections d'eau oxygénée avec une petite seringue d'un centimètre cube suffiront à déloger le pus, parfois concrété et épaissi, de tous les recoins et anfractuosités du sinus.

On pratiquera ensuite des lavages antiseptiques au moyen du bock, ou de l'injecteur à courant continu en caoutchouc *Alpha*, et on finit ainsi de nettoyer la cavité.

Pour maintenir la communication avec le sinus, on peut se servir soit d'une mèche de gaze salolée, soit d'un morceau de baguette de verre, qu'on peut préparer soi-même sur un bec *Bunsen* en effilant une extrémité et en arrondissant l'autre en forme de champignon pour l'empêcher de tomber dans le sinus. On le fixe en place au moyen d'une ligature en 8 entre les deux dents voisines.

Les canules en argent fixées à demeure ont l'inconvénient de devenir une source d'infection et d'irritation au bout de quelques jours. Dans d'autres cas on peut se servir d'une canule fixée à un appareil prothétique.

Les lavages du sinus doivent être pratiqués à cette période au moins trois fois par jour; ils sont faits par le malade lui-même. On emploiera avec avantage une solution de permanganate de potasse à 1 pour 4000, ou de chlorate de potasse à saturation. Selon l'état de l'affection, on pourra espacer les lavages en en faisant seulement un par jour ou un tous les deux jours, puis tous les huit jours jusqu'à complète guérison.

A la période de végétation de la muqueuse du sinus, le traitement sera le même que celui que nous venons d'indiquer; seulement pour détruire ces végétations on procédera de la façon suivante.

Après avoir lavé à l'eau pure la cavité, on injecte dans le sinus un ou deux centimètres cubes d'une solution d'acide chromique à 3 o/o[1] et l'on lave ensuite avec de l'eau. Suivant les cas, on peut employer une solution d'acide chromique

1. L'acide chromique doit être chimiquement pur, afin d'éviter les douleurs provoquées par l'acide chronique altéré.

plus concentrée, pourvu qu'on lave immédiatement après à grande eau : un litre au moins doit passer par le sinus. Ces cautérisations doivent être renouvelées tous les quatre ou cinq jours. Dans l'intervalle on doit laver trois fois par jour avec le permanganate ou le chlorate de potasse. Au bout de quelques jours, après la cautérisation à l'acide chromique on verra sortir avec les lavages des morceaux de végétations sphacélées. Nous en avons vu qui avaient trois à quatre centimètres de long. Nous préférons l'acide chromique au chlorure de zinc qu'emploient les dentistes, parce que ce dernier est très douloureux. La quantité de pus qui sort au lavage indique l'état de la muqueuse et le moment où il convient d'arrêter les cautérisations. Les lavages pratiqués trois fois par jour doivent être continués longtemps après, car il faut parfois quelques mois de traitement pour que la muqueuse du sinus revienne à son état normal. Il ne faudra pas se confier trop à l'éclairage électrique qui sûrement donnera encore une opacité plus grande du côté malade longtemps après la guérison.

A une période plus avancée, lorsque la muqueuse du sinus a disparu et que les parois sont mises à nu, on pratiquera une large brèche dans la cavité alvéolaire afin de permettre l'issue facile des liquides. Après avoir bien lavé la cavité avec une solution antiseptique d'acide thymique à 1 pour 4000, on le bourre avec de la gaze trempée dans une solution d'acide lactique à 20 o/o. Ce pansement pourra rester sans inconvénient deux ou trois jours et même davantage. On remarquera en peu de temps que la sensation osseuse obtenue avec le stylet, qui est d'abord comparable au contact avec une pierre rugueuse et insensible pour le malade, deviendra successivement comparable au contact du bois, puis de l'éponge, en même temps que la sensibilité réapparaîtra.

C'est que, localement, sous l'influence de l'acide lactique, l'os se décalcifiera, disparaîtra, et qu'au-dessous apparaîtra l'os nouveau recouvert de sa muqueuse.

Quand on ne perçoit plus par le stylet de portions d'os

dénudées, le traitement devra être changé. On ne bourrera plus la cavité, mais il faudra faire des lavages trois fois par jour avec des solutions peu irritantes (borate de soude, acide borique ou chlorate de potasse). Il n'est pas rare en effet de trouver des sinusites qui s'éternisent par suite de l'irritation produite par les injections antiseptiques. Ces injections peu irritantes dont nous venons de parler seront espacées ensuite jusqu'à guérison complète.

Pendant l'application de l'acide lactique, il y a une précaution à prendre vis-à-vis des dents, c'est de maintenir dans la bouche un milieu alcalin, afin de neutraliser l'acide.

On se servira avec avantage du bicarbonate de soude à 3 o/o, ou mieux encore de la crème de magnésie *Philippe*, de New-York.

On voit que ces traitements simples, dépourvus de tout danger, sont à la portée des chirurgiens-dentistes instruits. Ils nous donnent des résultats définitifs excellents, et cela sans courir les risques des autres méthodes préconisées. Parmi celles-ci, celle de *Luc*, qui aujourd'hui semble être en vogue, constitue à notre avis une intervention autrement sérieuse.

Elle présente d'abord les inconvénients inhérents à toute opération, c'est-à-dire le danger de mort par l'anesthésie générale. Les indications sont limitées aux cas où il y a des fongosités dans le sinus ; et que de fois, la trépanation faite, on n'a pas trouvé les dites fongosités ! Le curettage de la cavité, tout en étant très logique, présente ce danger qu'il expose le malade à des infections graves.

Qu'un microbe pathogène quelconque, pendant ou après l'opération, pénètre dans le sinus dont les vaisseaux sont béants par le fait du curettage, on concevra facilement qu'une propagation par voie veineuse ou lymphatique aille retentir aux méninges. Les cas où de semblables accidents se sont produits ne sont pas rares.

Une autre objection très sérieuse que nous faisons à cette opération, c'est que les vaisseaux et nerfs qui se rendent aux dents cheminent entre la muqueuse et la paroi du

sinus. Le curettage doit forcément avoir pour résultat la section de ces vaisseaux et nerfs, et par suite les pulpes dentaires se mortifieront et donneront lieu à de nouvelles sinusites.

Au contraire,la destruction de ces végétations par l'acide chromique n'entraîne pas le même danger, car l'acide chromique n'attaque que les tissus embryonnaires.

Il y a plus, l'artère maxillaire interne se trouve tellement accolée à la paroi postérieure du sinus qu'elle y imprime un sillon en forme de crosse et cela au moment d'émettre les branches sub-orbitaires alvéolaires, palatines supérieures, vidiennes, buccales etc.

Cette mince cloison, transparente à l'état normal, peut facilement disparaître dans les cas de sinusites anciennes, et l'on concevra alors aisément avec quelle facilité on pourrait blesser par un coup de curette cette artère maxillaire interne et provoquer une hémorragie peut-être mortelle.

Conclusions.

Le chirurgien-dentiste plus que tout autre, par la nature des soins qu'il donne aux malades, est amené à faire le diagnostic des sinusites maxillaires.

Pour le traitement, les procédés de choix seront :

A l'état de simple catarrhe :

Des lavages de la cavité à l'eau oxygénée pratiqués à travers le canal radiculaire sans avulsion de la dent.

A l'état de collection purulente :

L'extraction de la dent, avec lavages à l'eau oxygénée, puis au permanganate ou au chlorate de potasse.

A l'état de végétations :

L'acide chromique suivi de lavages.

A l'état de nécrose :

L'acide lactique, avec lavages consécutifs par des antiseptiques non irritants.

***

M. Cunningham fait une communication sur LES DENTS DES

ENFANTS CORSES, qui sont malpropres, mais meilleures que les dents des enfants anglais.

Sur soixante-six enfants vingt-deux avaient une bonne dentition et vingt et un des dents cariées.

D'après une statistique qu'il a consultée à la Préfecture d'Ajaccio il n'a constaté aucune exemption pour mauvaise dentition.

Il a constaté beaucoup d'irrégularités, mais des voûtes palatines élevées.

En Corse il a fait traduire son opuscule, qui est distribué dans toutes les écoles irlandaises et qu'il se propose de faire imprimer dans un journal local pour la vulgarisation des soins hygiéniques.

*
* *

M. Delair, vice-président, s'exprime ainsi:

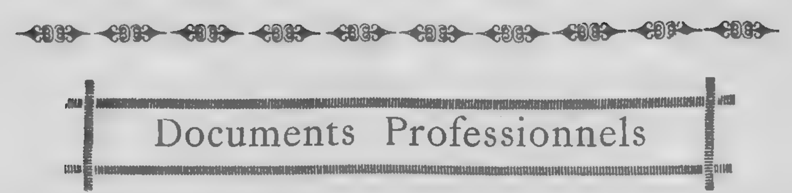
Messieurs,

Avant de clore la dernière séance de notre section d'Odontologie à la Société française pour l'Avancement des sciences qui nous a fait l'honneur de nous admettre dans son sein je suis l'interprète de nous tous pour remercier tout particulièrement MM. le professeur Gariel et le Dr Cartaz de l'accueil qu'ils nous ont fait.

Les communications scientifiques que nous avons entendues et les présentations qui nous ont été faites présentaient un très grand intérêt. Pour ses débuts dans l'Association française pour l'Avancement des sciences, l'odontologie a tenu dignement sa place, je le constate avec plaisir, et en clôturant cette session, je vous dis à l'an prochain.

*
* *

La session de 1902 se tiendra à Montauban, celle de 1903 à Angers.



Documents Professionnels

Sous cette rubrique nous publions tous les documents de nature à intéresser nos lecteurs et nous nous tenons à la disposition des divers GROUPEMENTS PROFESSIONNELS *pour insérer toutes les communications qu'ils désirent porter à la connaissance du public professionnel.*

Concours pour la nomination de dentistes des hopitaux.

Le maître des requêtes au Conseil d'État, directeur de l'administration générale de l'Assistance publique,

Vu la loi du 10 janvier 1849, art. 1er, 5 et 10, et celle du 7 août 1851, art. 8 *in fine*;

Vu l'avis émis par le Conseil de surveillance de l'Assistance publique, dans sa séance du 20 juin 1901, tendant à l'institution d'un concours pour la nomination aux places de dentiste des hôpitaux,

Arrête :

Article premier. — Il est institué un concours pour la nomination aux emplois de dentiste des hôpitaux.

Art. 2. — Le programme du concours spécial pour la nomination aux places de dentiste des hôpitaux est arrêté ainsi qu'il suit, savoir :

I. — *Conditions d'admission au concours.*

Les candidats qui se présentent au concours pour les places de dentiste des hôpitaux doivent justifier :

1° Qu'ils possèdent, depuis trois ans révolus, le titre de docteur en médecine obtenu devant une Faculté de médecine française de l'État ;

2° Qu'ils ont accompli un stage de deux ans dans un service dentaire hospitalier.

Néanmoins le temps de doctorat et de stage est réduit à une année pour les candidats qui justifient de quatre années entières passées dans les hôpitaux et hospices de Paris en qualité d'élèves internes en médecine.

Transitoirement, pour le premier concours, le temps de stage à exiger des candidats non anciens internes des hôpitaux sera réduit à une année.

II. — *Épreuves du concours.*

Les épreuves du concours sont réglées de la manière suivante :

A. — *Épreuves d'admissibilité* :

1° Une composition écrite sur un sujet de pathologie générale interne ou externe, pour laquelle il sera accordé 2 heures ;

2° Une épreuve clinique sur un malade atteint d'une affection médicale ou chirurgicale d'ordre général ;

3° Une épreuve clinique sur un malade atteint d'une affection dentaire.

Il sera accordé au candidat, pour chacune de ces deux épreuves, vingt minutes pour l'examen du malade et la réflexion, et quinze minutes pour développer oralement devant le jury son opinion sur le malade.

B. — *Épreuves définitives* :

1° Une épreuve orale sur un sujet de pathologie ou de thérapeutique dentaire; il sera accordé au candidat dix minutes pour réfléchir et un temps égal pour faire sa leçon ;

2° Une épreuve théorique orale de prothèse.

Pour cette épreuve, le jury pourra mettre à la disposition du candidat un moulage buccal sur lequel il lui demandera d'exposer théoriquement la construction et l'application d'un appareil. Dix minutes seront accordées au candidat pour faire sa leçon après dix minutes de réflexion ;

3° Une consultation écrite sur un malade atteint d'une affection dentaire ; il sera accordé au candidat 15 minutes pour rédiger sa consultation ; cette consultation sera lue immédiatement.

Le maximum des points à attribuer pour chacune des épreuves est fixé ainsi qu'il suit :

Épreuves d'admissibilité :

Pour la composition écrite, 30 points ;

Pour chacune des deux épreuves cliniques, 20 points.

Épreuves définitives :

Pour la 1e épreuve théorique orale, 20 points ;

Pour la 2e épreuve théorique orale de prothèse, 20 points ;

Pour la consultation écrite, 30 points.

III. — *Jury du concours.*

Le jury du concours pour la nomination aux places de dentiste des hôpitaux se compose de cinq membres, savoir :

Un chirurgien et un médecin chefs de service et trois dentistes titulaires des hôpitaux.

A titre de mesure transitoire et pour les deux premiers concours seulement, le jury se composera de deux chirurgiens et d'un médecin chefs de service et de deux dentistes titulaires des hôpitaux.

IV. — *Dispositions diverses.*

Les formalités prescrites par le règlement général sur le service de santé en ce qui touche l'inscription des candidats, le tirage au sort du jury et toutes les opérations ultérieures du concours sont applicables au concours pour la nomination des dentistes des hôpitaux.

Art. 3. — La nomination des dentistes des hôpitaux est, comme celle des médecins, des chirurgiens, des accoucheurs et des ophtalmologistes, soumise à l'approbation du Ministre de l'Intérieur, et ils ne peuvent être révoqués que par le même ministre, sur l'avis du Conseil de surveillance et sur la proposition du préfet de la Seine.

Art. 4. — Les fonctions des dentistes titulaires cessent de plein droit lorsqu'ils ont accompli leur 62e année.

Art. 5. — Sont abrogées et remplacées par les dispositions qui précèdent celles contenues aux articles 88, 89 et 90 du règlement général sur le service de santé.

Art. 6. — Le présent arrêté sera soumis à l'approbation de M. le préfet de la Seine.

Fait à Paris, le 20 septembre 1901.

Pour le Directeur et par délégation :

Le Secrétaire général,
THILLOY.

Vu et approuvé :

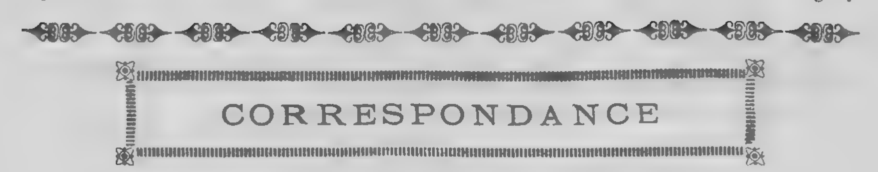
Paris, le 23 octobre 1901.

Le Préfet de la Seine,
J. DE SELVES.

Avis relatif au recouvrement des cotisations

Les membres de l'Association et les abonnés du Journal domiciliés dans les *Colonies* ou à l'*Etranger*, qui ont des *cotisations en retard*, sont priés de bien vouloir en adresser le montant, en un mandat-poste international ou en un chèque sur un établissement financier de Paris.

Pour L'ASSOCIATION, au *Trésorier :* Jules d'Argent................ **Pour le JOURNAL, à l'*Administrateur Gérant :* Ed. Papot..............**	**45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris.**



CORRESPONDANCE

Monsieur le Rédacteur en chef,

Voulez-vous, je vous prie, être assez bon pour m'ouvrir *pour une fois* les feuilles du journal *L'Odontologie* et pour me permettre de répondre à la lettre de M. Mendel-Joseph insérée dans le n° du 30 octobre. Cette lettre, publiée après les observations que j'avais faites à Ajaccio comme suite à la communication de M. Mendel-Joseph, se termine ainsi: « Je crois avoir prouvé qu'aucune de ces objections n'est motivée; M. Choquet a cru, néanmoins devoir parler. Dans quel but ? Je me le demande. »

Je tiens à prouver que, si j'ai parlé, c'est que j'en avais et le droit et le devoir, car lorsqu'on présente un travail portant en tête « Étude historique », il faut, à mon avis, suivre le programme ainsi tracé.

a) M. Mendel-Joseph n'aurait pas dû commencer par citer Magitot, mais bien Nasmyth dans l'étude des terminaisons nerveuses.

b) Le Dr Mummery, non pas d'après Ch. Tomes, mais d'après Hopewell Smith (Dental microscopy Londres 1895), a été le premier, en Angleterre, à citer le procédé d'imprégnation des terminaisons nerveuses par le fer et le tannin, mais comme il avait paru en France quelques mois auparavant un petit livre intitulé : *Traité technique des préparations microscopiques à l'usage du dentiste* et qu'à la page 114, au chapitre imprégnations, on trouve indiqué en toutes lettres le procédé de coloration des fibriles nerveuses par le perchlorure de fer et le tannin, il s'ensuit que j'ai bien été le premier à préconiser cette méthode, quoi qu'en dise M. Mendel-Joseph. Celui-ci pourra donc trouver dans ce petit livre que je viens de citer, et dont je suis l'auteur, la raison de mes prétentions. Et s'il veut de plus amples preuves, je tiens à sa disposition une lettre du Dr Mummery au sujet de la publication de ce procédé.

c) Dans un travail historique, sans faire la bibliographie complète de tous ceux qui se sont occupés des nerfs, il me semble, vu l'obscurité actuelle de la question, que l'auteur aurait eu tout avantage à dire deux mots de ceux qui en général se sont occupés du sujet. Au cours de la discussion, j'ai cité M. Tripier pour M. Polaillon, mais n'est-il jamais arrivé à M. Mendel-Joseph de faire confusion dans le nom des auteurs qu'il avait à signaler ?

d) Tous ceux qui s'occupent d'histologie savent que les résultats merveilleux obtenus dans la coloration des nerfs ou des terminaisons nerveuses par Ramon y Cajal, l'ont été, par la méthode de Golgi. M. Mendel-Joseph éprouve de l'admiration pour les remarquables

découvertes de cet auteur (et c'est fort heureux), mais comment se fait-il que le nom de Gysi ne soit pas signalé dans l'étude historique de notre confrère ? Cependant cet auteur, qui détient aujourd'hui le record dans l'étude des terminaisons nerveuses de la pulpe, a été complètement omis. Son travail ayant trait à la sensibilité de la dentine et embrassant conséquemment l'étude des fibrilles dentinaires avait pourtant été présenté au Congrès Internationnal de 1900. De plus, il a été de nouveau présenté cette année au Congrès de Zurich; c'est à notre avis, une lacune regrettable que le nom de M. Gysi n'ait pas été signalé.

e) Je considère qu'à Ajaccio M. Vichot, secrétaire, a fait preuve de la plus grande bonne volonté et que si les paroles que j'ai prononcées n'ont pas été reproduites textuellement, on ne doit pas l'incriminer.

Voici ce que j'ai dit : « Le Dr Hopewell Smith semble considérer les odontoblastes comme non producteurs de la dentine. Comment se fait-il que dans *certaines* dents absolument saines, on trouve à l'intérieur de la pulpe de véritables nodules situés, non à la portion périphérique, mais à la portion centrale ? Ne se pourrait-il pas que les quelques éléments odontoblastiques perdus dans la masse pulpaire, fussent venus par suite d'un processus quelconque à fonctionner physiologiquement, tout en occasionnant les désordres que nous connaissons ? »

f) M. Mendel-Joseph trouve que j'ai été distrait pendant la lecture de sa communication pour ce qui a trait à la coloration des terminaisons nerveuses par le chlorure d'or, mais je me demande, à mon tour, si mon contradicteur n'est pas plus que distrait en écrivant cette phrase, car malgré toute ma bonne volonté, il m'a été de toute impossibilité de trouver dans son travail une simple allusion à l'emploi de la méthode d'Underwood. J'ai pris la parole à Ajaccio en déplorant tout d'abord l'absence de notre confrère, absence qui empêchait la discussion et en faisant ensuite les observations insérées à la suite de sa communication. M. Mendel-Joseph veut se défendre par sa lettre du 30 octobre et veut à tout prix avoir raison. Je lui réponds aujourd'hui faisant ainsi juges de la discussion tous les membres de la profession en leur demandant si dans un travail intitulé « étude historique », l'auteur ne doit pas apporter tous ses soins pour empêcher des observations qui peuvent se produire si l'on vient à s'apercevoir de quelque lacune ?

Veuillez agréer, etc. CHOQUET.



Le nouveau doyen de la Faculté de médecine.

Nous sommes heureux d'apprendre que M. Debove, professeur de clinique médicale, a été élu le 14 novembre doyen de la Faculté de médecine en remplacement de M. Brouardel qui se retirait. On sait que c'est à la suite d'incidents au Conseil de surveillance de l'Assistance publique que M, Brouardel, qui occupait depuis quinze ans les fonctions de doyen, fit connaître sa résolution.

L'élection a demandé deux tours de scrutin, pour chacun desquels il y avait 56 électeurs, professeurs ou agrégés ; tous ont pris part au vote. M. Debove était seul candidat. mais à l'ouverture de la séance, il annonça qu'il retirait sa candidature.

Le premier tour de scrutin donna les résultats suivants :

MM. Brouardel, 1 ; Chantemesse, 3 ; Debove, 3 ; Pinard, 18; Raymond, 3 ; Richet, 3 ; Tillaux, 2 ; bulletins blancs, 23.

Avant le second tour, M. Pinard et après lui M. Dieulafoy déclarèrent qu'ils n'acceptaient pas la candidature, d'autres professeurs insistèrent auprès de M. Debove, qui posa de nouveau la sienne. Le second tour donna une grosse majorité à M. Debove, qui obtint 48 voix. M. Pinard eut 2 voix, MM. Dieulafoy et Richet en eurent chacun une ; quatre bulletins blancs.

M. Debove est, depuis la Révolution de 1789, le quinzième doyen de la Faculté de médecine de Paris.

Né à Paris le 11 mars 1845, il a été successivement nommé, à la suite de concours, interne des hôpitaux en 1868, docteur en médecine en 1873, médecin des hôpitaux en 1877, agrégé en 1878 et professeur le 14 mars 1890. Il a remplacé d'abord Damaschino dans la chaire de pathologie interne et a succédé, il y a dix mois, au professeur Potain, dans la chaire de clinique médicale. Médecin en chef de l'hôpital Beaujon, il est officier de la Légion d'honneur depuis 1898 et membre de l'Académie de médecine depuis 1893.

Le professeur Debove a beaucoup écrit sur les maladies du système nerveux. Il a été l'un des premiers à préconiser le lavage de l'estomac, l'élongation des troncs nerveux, l'emploi de la réfrigération dans les névralgies. Il a mis à la mode la suralimentation des phtisiques, et ses leçons sur le traitement de la tuberculose pulmonaire sont remarquables.

A la Faculté de médecine.

M. le docteur Edgar Hirtz, médecin des hôpitaux, est chargé, jusqu'au 30 novembre 1903, d'un cours annexe de clinique médicale, en remplacement de M. Faisans, démissionnaire.

Nomination d'un dentiste des hopitaux.

Nous avons le plaisir d'apprendre que M. Dr Mahé, un de nos principaux collaborateurs, démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris, a été nommé dentiste du lycée Saint-Louis.

Nous lui adressons toutes nos félicitations.

Société des chirurgiens-dentistes d'Autriche.

MM. les Drs Godon et Sauvez et M. Choquet viennent d'être nommés membres correspondants de la société des médecins dentistes d'Autriche (Verein österreichischer Zahnärzte).

Fédération dentaire internationale.

Nous avons donné dans notre numéro du 30 août la photographie des personnes qui ont pris part à la réunion de la Fédération dentaire internationale, à Cambridge le 7 août dernier et mentionné les noms qui nous étaient connus au moment du tirage du journal. Depuis cette époque, d'autres noms nous ont été indiqués ; nous les publions aujourd'hui.

---

5. Perrott (Hitchin).
9. O'Mechan (Limerick).
10. Porter (Royston).
19. Lennox (Cambridge).
20. Winterton (id.)
23. Jones (id.)
27. Whittaker.
30. Murray (Dublin).
33. Rosenthal (A.) (Nancy).
35. Apperson (Birmingham.
41. Hill (Londres).
46. Gartrell (Penzance).
49. Secher (Copenhague).
51. Allbutt (Cambridge).
55. Cumming (Falkirk).

Postes vacants a l'école dentaire de Paris.

Un concours sur titres pour le poste de *Chef du laboratoire de bactériologie* est ouvert actuellement à l'Ecole dentaire de Paris.

*
* *

Un concours, dont le programme a été publié dans le n° du 15 mai dernier, aura lieu prochainement à l'Ecole pour :

Un poste de *Chef de clinique de prothèse*.

*
* *

Des concours, dont les programmes ont été publiés dans notre

numéro du 30 septembre auront lieu prochainement à l'Ecole pour

Un poste de *Professeur théorique de dentisterie opératoire ;*

Deux postes de *Professeur suppléant de clinique de chirurgie dentaire ;*

Un poste de *Professeur suppléant de prothèse clinique.*

*
* *

Un concours sur titres est également ouvert pour plusieurs postes de démonstrateurs au laboratoire de prothèse.

*
* *

Les candidats à ces différents postes sont priés de se faire inscrire au plus tôt au Secrétariat de l'Ecole.

Chirurgiens-dentistes et dentistes en Russie.

Dans le *Registre médical russe* publié pour 1901 par la section de médecine du Ministère de l'Intérieur, il est fait mention de 1811 spécialistes en dentisterie, non compris les médecins-dentistes, de 459 chirurgiens-dentistes diplômés (226 femmes et 233 hommes) et de 1352 dentistes (426 femmes et 926 hommes). Ces deux dernières catégories ont été diplômées entre les deux années 1835 et 1900.

École dentaire a Sydney.

Une école dentaire rattachée à l'Université vient d'être ouverte à Sydney (Australie) ; elle est dirigée par un personnel de praticiens choisis.

Cette école n'est pas la seule qui existe dans la grande colonie anglaise ; depuis deux ou trois ans une autre école, dont le doyen est le Dr Merrill, un Américain, fonctionne dans l'État de Victoria.



TRIBUNE OUVERTE.

QUESTIONS ET RÉPONSES.

N. B. Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier les questions qui nous seront adressées et nous serions heureux que cette insertion provoquât des réponses, que nous accueillerons tout en *déclinant toute responsabilité au sujet des opinions émises.*

Toutefois nous ne pouvons donner suite qu'aux questions ou réponses signées; mais la publication peut en être faite sous un pseudonyme choisi par l'auteur. *Prière de ne pas insérer ces communications dans le corps d'une lettre, mais sur feuillet spécial écrit d'un seul côté.*

? N° 172. — *A quoi faut-il attribuer la teinte rougeâtre que prennent certaines dents anglaises après le travail de la soudure?* J. P.

? N° 176. — *Dans la pratique de l'anesthésie par le protoxyde d'azote, est-il préférable d'employer la méthode de F. Mervitt (protoxyde et oxygène)? Cette méthode fait-elle encourir plus de responsabilité que l'emploi de la cocaïne?*

UN ABONNÉ.

? N° 180. — *M. P. S. oppose à nos observations une décision dont il n'indique pas la date, qu'il aurait relevée dans le* Bulletin du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France *(1898, p.20), et aux termes de laquelle, suivant le Conseil d'Etat, « un dentiste, patenté avant le 1er janvier 1892, mais n'étant plus inscrit au rôle des patentes à cette époque, pourrait reprendre l'exercice de sa profession, du moment qu'il peut justifier par la production d'une patente antérieure qu'il exerçait sa profession avant la date fixée par le législateur ».*

☞ *Réponse.* — M. P. S. fait évidemment allusion à l'avis du Conseil d'Etat du 14 juin 1895, car nous ne connaissons pas d'autre décision de cette juridiction qui ait examiné la question.

Mais cette solution, que nous avions d'ailleurs signalée dans notre Note, n'a pas tout à fait le sens qu'on lui prête et n'infirme aucune des raisons décisives sur lesquelles nous nous étions appuyé, puisqu'elle exige « *qu'on établisse que c'est par un* CAS DE FORCE MAJEURE *qu'on n'a pas été inscrit au 1er janvier* 1892 »

S'il nous fallait une preuve de plus du danger qu'offrirait la lutte contre un courant nettement marqué, nous la trouverions dans l'arrêt de cassation (Ch. crim.) du 18 avril 1901 (aff. Aiglon), qui constitue sur le point spécial le dernier état de la jurisprudence.

F. W.

? N° 186. — *Est-il vrai qu'un dentiste américain diplômé d'Amérique (Ecole quelconque), même patenté en Amérique avant la promulgation de la loi française de* 1892, *ne peut exercer en France, aucune équivalence de diplôme n'étant établie? — Il faut, à mon avis :*

1° *Passer son examen de certificat d'études;*
2° *Faire trois années régulières d'études dans une école dentaire;*
3° *Obtenir le diplôme de chirurgien-dentiste de la Faculté.*

UN ABONNÉ.

21e ANNÉE. N° 22 30 NOVEMBRE 1901 VOL. XXVI



L'Odontologie est une **TRIBUNE LIBRE**, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

L'Art dentaire à travers les siècles.

L'HISTOIRE DE L'ART DENTAIRE

Conférence faite le 30 novembre 1901.

Par M. F. Worms,

Professeur de droit médical à l'Ecole dentaire de Paris.

Mesdames, Messieurs,

Au moment où, pour la troisième fois, je vais aborder le cours de *Droit médical dans ses rapports avec l'art dentaire*, — que l'Administration de l'*École* m'a fait l'honneur de me confier, — je n'éprouve plus l'appréhension qui m'étreignait au début, alors que je m'engageais dans une voie qui ne m'était pas familière encore, et dont je redoutais l'inconnu, avec ses troublantes perspectives.

Mes jeunes auditeurs des deux années passées ont eu bientôt fait de me rassurer, et j'ai pu constater avec joie que la fréquentation à mes leçons, — si elle tenait pour beaucoup à leur ferme volonté de s'instruire, — témoignait aussi de quelque sympathie pour le maître.

Il n'y a pas de raison, — je l'espère, — pour qu'il en soit autrement aujourd'hui, et je vous demande de me laisser compter sur vous, comme vous pouvez compter sur moi.

J'ai cru qu'il y aurait intérêt pour vous à ce que je consacrasse ma première conférence au passé de la profession que vous allez bientôt exercer, et je vais tenter d'esquisser en un tableau rapide l'histoire de la dentisterie à travers les âges.

Mais, tout d'abord, laissez-moi vous rassurer un peu. C'est, — sous l'apparence purement théorique du programme, — un cours essentiellement pratique, au fond, que j'entends faire.

Et si je suis assez heureux pour tenir jusqu'au bout votre attention en éveil, peut-être, en fin d'année, ne regretterez-vous pas le chemin parcouru de concert.

Comme il en est de toutes les professions libérales, l'exercice de la profession de dentiste est soumis à des règles, qu'il vous importe de connaître.

C'est par une saine notion de vos droits et de vos devoirs professionnels que vous parviendrez, en effet, à triompher des surprises que peut vous ménager l'existence et à combattre loyalement le bon combat !

Et mon ambition serait, par un commerce intime, — en vous donnant mon enseignement sous forme de causeries familières, — de faire en quelque sorte de vous mes collaborateurs.

Mais pour l'instant je vous demande crédit, — ayant dessein, en cette première réunion, — afin d'éclairer notre route, — de rechercher ce qu'était naguère *l'odontologie*, et ce qu'elle est devenue depuis.

Ce coup d'œil sur le passé vous indiquera le rôle joué par vos devanciers et celui que vous réserve la loi du 30 novembre 1892, qui vous régit à présent, et vous pourrez ainsi plus aisément calculer à l'aide de quels efforts peut être menée à bien l'œuvre vaillamment commencée par les fondateurs de l'*École dentaire de Paris*.

« Peu de professions ont subi une transformation aussi

complète que la profession de dentiste en France, » — nous dit le *Code du chirurgien-dentiste de Roger et Godon,* un guide en qui vous pouvez avoir pleinement confiance.

Si, en effet, la noble et vénérable origine de la médecine se perd dans la nuit des temps, *l'odontologie* n'est pas non plus née d'hier, et ses titres de noblesse remontent haut et loin dans l'antiquité.

Dans son *Étude sur l'évolution de l'art dentaire,* le *Dr Godon,* notre distingué directeur, constate que « si, d'une part, la loi de 1892 a fait rentrer le dentiste, un peu comme un enfant déshérité, dans la grande famille médicale, elle a reconnu, d'autre part, la spécialisation de l'Odontologie, puisqu'elle a créé un diplôme spécial de chirurgien-dentiste et reconnu la liberté d'exercice de la prothèse dentaire ».

Cela est exact.

Mais de ce que l'art dentaire semble se développer aujourd'hui comme une spécialité distincte et indépendante de la médecine, il ne faudrait pas conclure qu'il ne s'est pas trouvé dans le passé de spécialistes pour les soins de la bouche et des dents, — même en Grèce et à Rome (les centres par excellence de l'ancienne civilisation), — bien que les médecins n'y fussent assujettis à aucun diplôme, et qu'on n'y rencontrât pas de règles professionnelles qui leur fussent légalement imposées.

Mon intention, toutefois, est de laisser à peu près de côté, dans nos périgrinations historiques, les souvenirs qui se rattachent à l'antiquité grecque et latine, à *l'École d'Alexandrie* ou à *l'École de Salerne,* si fameuse au moyen âge, à la médecine arabe ou byzantine, qui ont fait déjà l'objet d'amples monographies, que l'obligeance de nos bibliothécaires *MM. Bonnard* et *Charpentier,* vous permettra de consulter avec fruit.

Qu'il me suffise, en passant, de citer les noms *d'Hippocrate, Aristote, Galien, Cœlius, Aurelianus, Oribase de Pergame, Aétius d'Amide, Paul d'Égine, Celse, Avicenne, Abulcasis,* qui vivait au Xe siècle en *Espagne* et à qui remonte peut-être l'origine de la transplantation des dents.

Au milieu des erreurs dont, malgré leur aptitude scientifique, ils n'ont pas su se débarrasser, vous ne risquez certainement point de rencontrer plus de naïveté que chez certains savants plus rapprochés de nous !

N'est-ce pas *Jean de Renou*, par exemple, qui, en plein XVII[e] siècle, conseille encore sérieusement, pour faire tomber les dents des petits enfants, la cervelle de lièvre ou le lait de chienne, — de même qu'*Ambroise Paré* prescrira les dents de requin, et *Charas* le cerveau de la vipère ou la corne desséchée d'un vieux colimaçon pendue au col, — et que *Courval-Sonnet*, un médecin-poète, tentera d'apaiser la douleur dentaire par le seul toucher de la dent d'une taupe vivante !

La dentisterie n'était donc pas très avancée chez nos pères, et le *D[r] L. Thomas*, dans sa brochure sur *le passé de l'odontologie*, cite même ce que disait des dents *Aristote*, en prétendant que c'était tout ce que l'on en savait en *Grèce* : « Chez l'homme, les dents servent à l'alimentation ; les incisives coupent, les molaires broient ; les canines, en partie aiguës, en partie élargies, participent des unes et des autres... Elles servent également à la parole. »

Autant vaut la simple réflexion de *M. A. Franklin*, dans ses *Variétés chirurgicales*, dont je vous recommande l'amusante lecture : « Les dents, outre leur valeur décorative, constituent des objets de première nécessité ? »

Quoi qu'il en soit, c'est, paraît-il, à l'un des trois *Esculape* mentionnés dans l'histoire de la médecine, et qui vivait treize siècles avant J.-C., que reviendrait l'honneur d'avoir inventé l'art d'arracher les dents.

Mais de cet art-là, on n'abusait guère autrefois, il faut en convenir.

Écoutez plutôt ce qu'au témoignage d'*Érasistrate* raconte un médecin du XVI[e] siècle, auteur d'un *Traité sur l'embellissement du corps humain*, Jean Liébault :

« Les anciens tenaient tant de compte et faisaient si grand cas de leurs dents qu'ils ne les tiraient ni arrachaient ja-

mais qu'elles ne branlassent et tombassent quasi d'elles-mêmes. En témoignage et avertissement de quoi, au *temple* d'*Apollon* (à *Delphes*), il y avait une tenaille à tirer les dents (sorte d'odontagogue ou davier) faite de plomb, pour signifier qu'il ne fallait tirer la dent, si elle ne branle et vacille tellement qu'elle puisse être arrachée et tirée avec une tenaille de plomb, c'est-à-dire sans force ou violence aucune ; autrement, non. »

Un semblable *ex-voto* n'atteste-t-il pas l'aversion de nos pères pour les opérations radicales ?

L'histoire nous fournit, d'ailleurs, bien d'autres preuves de l'importance attachée à la conservation des dents.

Les *Hébreux* frappaient de la peine du *talion* quiconque détruisait une dent, et, chez les *musulmans*, il ne fallait rien moins qu'une autorisation souveraine pour la plus insignifiante extraction !

Nos ancêtres mettaient volontiers les dents, la langue et la bouche sous la protection du dieu *Mercure*, et l'on ne doit pas s'étonner, dès lors, qu'on ait été jusqu'à adorer les dents elles-mêmes : celle de *Bouddha*, par exemple, que conserve encore un temple de l'*Inde* ; celle d'un singe, devant laquelle se prosternent les *Cingalais* des *îles Touga* ; celle d'un éléphant, qui sert de fétiche à *Malabar* ; ou celles des serpents, dont les naturels de *Samoa* usent comme d'amulettes !

Les preuves, au surplus, abondent, de la valeur esthétique qui s'attachait aux dents.

Ainsi à Rome, s'apercevait-on qu'il vous en manquait quelqu'une, c'était tôt fait au poète *Horace* de vous traiter d'*edentulus* ou d'*edentatus*.

Une beauté sur le retour était-elle réduite à trois dents ? « La malheureuse ! », clamait un autre satiriste. « Là voilà désormais condamnée à se garder de rire, comme il faut que d'autres, pour préserver leur maquillage, se gardent du vent, de la pluie ou du soleil ! »

La verve des écrivains ne tarissait pas sur ce sujet.

« Tousse désormais à ton aise, conseillait *Martial* à une

vieille fille, toi qui, dans une quinte suprême, as craché tes dernières dents ! »

Et quelle ironie amère, lorsque, s'attaquant à une incorrigible coquette, son épigramme constatait impoliment « qu'elle ôtait, tous les soirs, ses dents comme sa robe » !

Ou lorsque, comparant entre elles les dents de deux coursanes, elle concluait : « Noires sont les dents de l'une, et de neige celles de l'autre. Pourquoi ? La première a encore ses dents ; la seconde ne porte que des dents achetées ! »

Le temps a beau marcher, l'instinct de conservation dentaire subsiste tout entier.

Et l'on peut compter jusqu'à 20 saints, qu'on invoque au moyen âge contre les maux de dents :

D'abord, *saint Christophe*, le vrai et naturel médecin guérisseur des dents, au dire de la légende ;

Sainte Dalmace, dont une dent appliquée contre votre propre gencive amenait une guérison instantanée ;

Ou *sainte Ide de Nivelle*, dont une dent n'avait qu'à toucher la dent malade, pour produire effet ;

Ou *saint Rigobert*, dont le sépulcre ne comptait plus les visiteurs venant y chercher un peu de poussière pour s'en frotter les dents ;

Saint Médard, à la tombe agrémentée d'arbres, dont les branches touffues rendaient le même office ;

Ou *saint Nicolas* enfin, qu'il suffisait de prier, nous apprend *Bonaventure Despériers*, pour être incontinent soulagé !

Et si, par hasard, le *Médecin des pauvres*, un vieux bouquin poudreux, qui a eu à *Dijon*, en 1868, les honneurs d'une réédition, vous tombe dans la main, vous passerez, je vous assure, un joyeux quart d'heure à lire l'oraison de *sainte Apolline* contre le mal de dents.

Certaines législations spéculaient même sur ce désir de conserver une bouche intacte, et l'on prétend que, pour contraindre les *Polonais* à l'abstinence, on avait imaginé de

condamner à la perte de leurs dents ceux qui avaient mangé de la chair en carême.

On raconte aussi que *Jean Sans Terre*, afin d'obtenir d'un *Juif* de *Bristol* la révélation d'une cachette où il avait enfoui ses écus, lui fit arracher les dents l'une après l'autre, et que le malheureux, terrassé par la douleur, fit enfin des aveux, mais trop tard, car il perdit du même coup sa fortune et sa dernière dent, n'ayant même plus, hélas ! de quoi se pourvoir de remplaçantes !

Ce n'est pas toutefois que l'état de la prothèse dentaire fût alors des plus avancés.

Et bien que la prothèse elle-même remonte à la plus haute antiquité ; puisqu'on a trouvé dans les musées italiens d'*Herculanum*, *Pompéï* et *Corneto*, près de *Civita-Vecchia*, au dire de M. *Martinier*, nombre de pièces datant de plusieurs siècles avant l'ère chrétienne, les connaissances prothétiques étaient cependant fort restreintes.

C'est ainsi que les *Arabes* remplaçaient les dents, — nous apprend M. *Gross*, — par des morceaux d'os de bœuf assujettis au moyen d'une ligature. On usait aussi, il est vrai, de dents en corne des *Indes* ou en ivoire.

Quoi qu'il en soit, à Rome même, le commerce des dents artificielles était florissant et estimé, et le *dr L. Thomas* nous rappelle que, bien que la *Loi des XII tables* défendît de jeter de l'or sur un bûcher, il n'en était pas moins permis d'incinérer les morts avec les fils d'or qui maintenaient leurs dents[1] !

Mais cette prospérité fut de courte haleine, et l'on en vint bientôt à ce que M. *Martinier*, en un style imagé, a appelé le *Siècle de fer de la chirurgie*.

Le temps vint même où les dents disparues ne furent plus remplacées, et c'est ce qui explique que, lorsque *saint Louis* mourut, à 55 ans, on ne trouva plus à sa mâchoire inférieure qu'une seule dent, précieusement conservée, d'ailleurs,

---

1. *M. Richard Chauvin*, dans son étude sur la *Dentisterie opératoire*, nous apprend que les coquettes américaines se font, à présent, incruster dans les dents des parcelles scintillantes de diamant !

durant quelques années, dans le *Trésor de Saint-Denis !*

Plus tard, *Louis XIV* ne devait pas être mieux loti. Et bien qu'il offrît cette particularité d'être né avec des dents, il les eut, toute la vie, si mauvaises, malgré ses cinq dentistes, qu'elles finirent par lui manquer toutes à la mâchoire supérieure, et la chronique nous révèle que c'est au milieu des vives souffrances que lui causait une carie du maxillaire supérieur avec perforation du sinus, et pendant que le dentiste *Dubois* pratiquait sur l'auguste personnage des cautérisations au fer rouge, qu'a été signée, en novembre 1685, la révocation de l'*Édit de Nantes !*

Plus avisée que le Roi soleil a été *Mlle de Gournay*, la fille d'alliance de *Montaigne*. Et comme la coquetterie ne perd jamais ses droits, elle n'eut garde de se montrer rétive à l'emploi d'un râtelier, si imparfait qu'il fût.

C'était, pour le dire en passant, la *Corporation des tabletiers* qui avait alors le monopole de la fabrication des fausses dents.

Et rien n'est plus plaisant que le conte que nous fait, à ce propos, *Tallemant des Réaux* :

« *Mlle de Gournay* avait, nous dit-il, un râtelier de dents de loup marin, qu'elle ôtait en mangeant ; mais elle le remettait pour parler plus facilement, et cela, assez adroitement... A table, quand les autres parlaient, elle ôtait son râtelier et se dépêchait de doubler ses morceaux ; et, après, elle remettait son râtelier, *pour dire sa râtelée.* »

Il y avait bien, par ci, par là, quelques exceptions, et l'auteur des *Essais* lui-même passait pour avoir des dents excellentes, qu'il frottait (c'est lui qui nous l'apprend) « avec une serviette, et le matin, et à l'entrée et issue de la table ».

Par contre, *Henri IV* —

La garde qui veille aux barrières du Louvre
N'en défend pas les rois ! —

eut de bonne heure les dents gâtées, et, dès 1574, il dépensait, paraît-il (ce qui était une grosse somme pour une cour besogneuse) vingt sous par mois en cure-dents.

Il faut croire qu'en ces temps le cure-dent était déjà d'un usage habituel, car il en est fréquemment question dans les *Inventaires* des XIIIe et XIVe siècles, sous le nom de *furgettes*, *aiguillettes* ou *curettes*, que vendaient alors les merciers.

> Ne forge les dents de la pointe
> De ton coutel,

est un conseil rimé que donne *Ambroise Paré*.

Voulez-vous, puisque nous nous attardons au passé, que nous fassions encore un peu l'école buissonnière?

Il paraît que, pendant un temps, nos pères, après avoir mangé, se passaient entre les dents une sorte de lacet de soie très fin.

Mais, dès le XVIe siècle, on s'était hâté de revenir au classique cure-dent, en même temps que le mot pénétrait dans notre langue!

Le cure-dent jouit même en France d'une faveur marquée.

Tantôt on le piquait dans des fruits confits, disposés sur la table à la portée des convives, ou dans des branches de fenouil (le fenouil ayant, quand on le mâche, la propriété de donner bonne bouche!)

Tantôt, on se contentait, après le repas, d'en offrir en un plat, sur une serviette fine.

C'étaient, en réalité, des objets d'art, affectant la forme d'un ongle ou d'un petit couteau, et qu'on avait l'habitude de conserver et de porter dans un étui suspendu à un cordon.

Leur valeur artistique autorisait même à les donner comme gage d'affection, et *Martial d'Auvergne*, en ses *Arrêts d'amour*, parle d'un galant qui reçut ainsi un cure-dent en argent doré, représentant un pied de vautour.

Quoi d'étonnant, puisque ceux de François II étaient en or!

Mais la plupart étaient de bois de lentisque ou de rose, de romarin, de myrte ou de cyprès, « ayant vertu astringente et bonne odeur », et c'est d'un de ces bois apparemment qu'était fait celui que *Rabelais* donne à *Gargantua* pour affermir ses dents tremblantes, après que « pour soi rafraîchir d'avant souper », il eut mangé la fameuse salade des six pèlerins qui venaient de *Saint-Sébastien*, près de *Nantes*.

Ajoutons, toutefois, qu'*Érasme*, qui proscrit le couteau, la serviette, les doigts ou les ongles, procédés bons tout au plus « pour les chiens ou les chats », — conseille, afin de rendre « les dents nettes et blanches », soit une plume, soit de petits os tirés des ergots de chapons ou de poules bouillies :

« De les blanchir avec des poudres, ajoute-t-il, il n'appartient qu'aux filles ; les frotter de sel ou d'alun est fort dommageable aux gencives ; et se servir de son urine au même effet, c'est aux Espagnols à ce faire. »

Certaines personnes en étaient même venues à ne s'en pouvoir passer, et le brave *Coligny*, surnommé le *Grand Gaspar au cure-dent*, qui en mâchonnait un sans cesse entre les lèvres, le logeait en son oreille, quand il avait fini de le piquer en sa bouche.

Dieu nous gard'
Du cure-dent de l'amiral !

Cela était passé en proverbe, et l'on dit que, lors de la *Saint-Barthélemy*, ses ennemis, profanant son cadavre, exposèrent par dérision leur victime avec un cure-dent à la bouche.

Mais (pour en finir là-dessus sur un sujet moins attristant), il fallait, pensons-nous, que la mode fût bien répandue, pour que *Destouches*, dans sa comédie du *Curieux impertinent*, ait pu faire dire par *Crispin* à *Dorine :*

Quand on veut plaire aux gens,
Il n'est rien de si beau que de curer ses dents !

Ce n'était pourtant pas l'avis de tout le monde, et vous pourriez relever cette observation, en 1675, dans le *Nouveau traité de la civilité*, d'*Antoine Courtin :*

« Il est incivil de se curer les dents devant le monde, et de se les curer avant et après le repas avec un couteau ou avec une fourchette ; c'est une chose tout à fait malhonnête et dégoûtante... Il est malhonnête de se servir de sa serviette pour s'essuyer le visage ; il l'est encore bien plus de s'en frotter les dents. »

Et, brochant sur le tout, écoutez cette piquante saillie de *de La Salle :*

« C'est une incivilité très grande de se prendre une dent avec l'ongle du pouce pour exprimer un dédain ou un mépris de quelque personne ou de quelque chose. Et il est encore plus mal de dire en le faisant : « Je m'en soucie non plus que de cela ! »

Voulez-vous, pendant que nous sommes sur ce chapitre, savoir comment l'empirisme de nos pères conseillait de traiter et de soigner les dents ?

Tantôt, on préconisait le lavement ou le gargarisme d'eau de plantin ; tantôt l'emploi de l'urine (si vous doutez, lisez la *Civilité* d'*Érasme,* de 1530 !)

Au XVIIe siècle, la mode aidant, c'est par la saignée qu'on combat l'odontalgie, — et *Gui Patin,* un médecin lettré, n'est pas le moins fervent à en vanter les effets.

Les campagnes, plus arriérées, avaient des spécifiques plus lugubres (comme de frotter la dent malade avec une dent de mort) ou plus grotesques (comme d'employer les crottes de chat sauvage, ou d'appliquer sur les tempes, en guise de mouches, de grands emplâtres de taffetas ou de velours noir, qu'on appelait pittoresquement : « l'enseigne du mal de dents ! »)

La même complaisante fantaisie, nous la retrouverions, au besoin, dans la composition des dentifrices et des opiats. Car si, autrefois, les grandes dames la surveillaient elles-mêmes, « de façon (comme dit le poète *Apulée*) à ce qu'aucune tache ne vînt diminuer le charme du sourire qui entr'ouvrirait les lèvres », — elles avaient fini, parce qu'on se lasse de tout, par en abandonner le soin aux barbiers-perruquiers.

Et nous voyons les représentants de la *Faculté de médecine* ne pas dédaigner eux-mêmes la vente de tels produits, puisqu'en 1777 un chirurgien renommé de la *place Maubert,* le Dr *Botot,* invente et conseille contre les maladies des gencives et des dents, cette eau fameuse qui porte son nom, et dont le succès dure encore !

Tout cela semble, n'est-ce pas, justifier cette boutade

des *séries* de *Guillaume Bouchet :* « Tout le monde est médecin au mal de dents ! »

A quoi donc, au surplus, tenait cette constatation ? A ce qu'alors il n'y avait point de réglementation concernant la médecine proprement dite, ou que le peu qui en existait (surtout en ce qui touche à l'art dentaire) n'était pas sérieusement appliqué.

Et voilà pourquoi, dans ces temps, la vie et la santé d'autrui étaient trop souvent sacrifiées à l'appât du lucre !

Rien n'était facile comme de se faire admettre dans la *Communauté des médecins ou des chirurgiens,* et c'est ainsi que *Louis XIII* put être agrégé à la *Confrérie de Saint-Côme.*

La confrérie, il est vrai, y gagna une fleur de lys « ajoutée en abysme à son blason », et c'est, depuis, qu'elle « portait d'azur à la fleur de lys d'or, accompagnée de trois boîtes, couvertes du même ».

Faible compensation, il en faut convenir, à bien des abus !

Comme M. *Pabon* a pu en faire exactement la remarque, durant longtemps, quoiqu'il y eût de grands médecins (*Hippocrate* et *Galien*, par exemple), il n'y eut ni diplôme, ni règles professionnelles légalement obligatoires.

Les premiers règlements remontent à l'*Édit de 1311,* sous *Philippe-le-Bel,* qui défend d'exercer la CHIRURGIE sans un examen préalable passé devant les *chirurgiens-jurés de Paris,* soumis eux-mêmes à des statuts régularisés par deux fois, en 1370 et en 1383, sous *Charles VI.*

On ne pouvait pratiquer qu'après avoir été reconnu *expert.*

Plus tard, sous *Henri III*, la pratique de la MÉDECINE est, à son tour, interdite par une *ordonnance de 1579* à quiconque n'est pas docteur de la *Faculté de médecine de l'Université de Paris,* et cette interdiction viendra, dès 1598, frapper tous empiriques, « sous peine d'amende arbitraire ».

Les barbiers-chirurgiens devront, eux aussi, être munis d'un brevet, à partir de 1611.

Enfin, en 1717 et en 1768, l'étude et l'exercice de la mé-

decine et de la chirurgie sont successivement et sévèrement réglementés par de nouveaux *Édits.*

Voulez-vous une esquisse moins sèche et plus animée de l'état de la médecine dentaire en ces temps-là ?

Le Dr L. Thomas se charge de nous la donner :

« Si, dit-il, les médecins combattaient la douleur, traitaient les affections des gencives et avaient des procédés pour faciliter l'extraction, là se bornait leur rôle... Ils laissaient volontiers intervenir le *spécialiste* pour l'enlèvement des dents, tant cela leur semblait indigne d'eux... Le moyen âge se contenta d'imiter en cela les anciens.

« Et s'il y eut, avant le XVIIIe siècle, des médecins et chirurgiens s'occupant accidentellement des maladies de la bouche et des dents, des constructeurs d'instruments et des fabricants d'appareils de prothèse, — ils jouèrent en matière de dentisterie un rôle bien modeste. »

Les dentistes, à vrai dire, n'existaient pas ; il n'y avait encore que des *dentateurs,* ne formant point de corporation entre eux, ne jouissant d'aucune considération professionnelle et dépourvus de toute existence légale.

Les moyens d'étude faisaient, de leur côté, entièrement défaut.

Ni cours dans les Universités, ni écoles particulières !

Des praticiens jaloux de leurs procédés, consentant rarement à former des élèves !

Pas de livres à la disposition des étudiants, ou des ouvrages vieillis et « difficiles à comprendre pour beaucoup qui savaient à peine lire, ou n'avaient, en tout cas, aucune idée de la langue technique ».

Voilà dans quelle atmosphère gênante respiraient vos devanciers !

Des tentatives étaient faites, pourtant, pour secouer cette torpeur.

Ambroise Paré, le grand maître de la chirurgie, n'avait pas négligé les dents dans ses œuvres, dont les premières remontent à 1560.

Et, dès 1582, *Urbain Hémard* de *Lyon*, chirurgien du *cardinal d'Armagnac*, publiait ses *Recherches de la vraie anatomie des dents.*

— Exemples contagieux !

Coup sur coup, apparaissent des travaux qui témoignent d'un progrès sérieux, et dont M. *L. Lemerle* nous donne la liste en son intéressante *Notice sur l'histoire de l'art dentaire* :

Armand Gille, en 1621 ;

En 1653, Dupont, qui propose de substituer à la dent malade une dent prise, au choix du patient, sur un mort ou sur un vivant ;

J. B. Martin, apothicaire du *prince de Condé*, en 1679 ;

Fleurimont, en 1682 ;

Duvernay, en 1683 ;

Lahire, qui, le premier, a décrit les dents à l'aide du microscope, en 1699 ;

Pierre Dionis, en 1718.

Mais des dentistes proprement dits, c'est à peine s'il est question dans les réglementations du XVIIIe siècle, et l'ordonnance de 1614 fournit le premier texte qui s'en occupe en France.

A quoi cela tenait-il ? M. le Dr *Roy*, l'un de vos maîtres autorisés, va nous l'apprendre.

Ce qu'alors on cherche à guérir, ce ne sont pas les dents ; c'est plutôt la douleur de dents ; et, pour cela, tous les moyens sont bons, surtout ceux dus à l'empirisme.

Alors surgissent d'inqualifiables remèdes de bonne femme : et ceux destinés à tuer les vers des dents malades, qu'on va, dans un accès de foi hippocratique, jusqu'à décrire et dessiner ; et l'ail pilé tenu en la main du côté de la douleur, dont parle *Brantôme*, etc., etc.

Comment, en de telles conditions, l'art dentaire, confiné dans ces pratiques absurdes et superstitieuses, ne serait-il pas resté stationnaire !

Les aberrations de l'esprit humain ne sont point, d'ordinaire, un stimulant au progrès.

Et voilà comme il se fait que la dentisterie n'était alors pratiquée que par des ignorants, des empiriques, des imposteurs et des charlatans !

Si l'on en croit, par exemple, M. A. *Franklin,* il y avait à Paris, tant hommes que femmes, dès le XVIII[e] siècle, trente-huit *mires* et *mirgesses* exerçant illégalement la médecine.

Beaucoup d'arracheurs de dents, faisant concurrence aux chirurgiens, joignaient à leurs opérations la vente des médicaments et la pratique de la médecine, et ils avaient choisi le *Pont-Neuf* et le *quai de la Ferraille* pour théâtres de leurs exploits.

Il faut lire dans le *Livre commode pour 1692* de *Nicolas de Blégny* ces étranges annonces, qui le disputent aisément à nos réclames contemporaines !

Le puffisme n'a pas d'âge, et l'on n'a rien innové, pas même l'offre de n'exiger paiement qu'après guérison.

Ici, c'est une *eau anodine* apaisant avec une surprenante promptitude la douleur de dents et toutes espèces de coliques.

Là, une *essence végétale*, qui fait disparaître sur-le-champ et pour jamais la douleur et la carie des dents.

Et le tout, distribué dans des boîtes ou bouteilles cachetées, avec manière de s'en servir !

Seriez-vous sceptique ? « Une personne solvable, qui connaît la vertu de ces remèdes, s'oblige, quand on le veut, d'en payer la valeur en l'acquit des malades, en cas qu'ils ne guérissent pas,..... pourvu qu'ils conviennent de les payer au double pour une parfaite guérison. »

Il faut, après cela, tirer l'échelle. Et je ne sache pas qu'on ait trouvé mieux depuis, pour agripper le public, pas même les procédés d'avulsion dentaire et d'anesthésie opératoire escortés de sensations d'auditions musicales !

Ah ! le charlatanisme !

Si nous en avions le loisir, comme il serait piquant de vous en signaler maint et maint tour !

Avec quelle joie dithyrambique parle *Berthod*, en 1652,

dans son *Paris ridicule et burlesque*, du lieu d'élection des bateleurs :

> *Pont-Neuf*, ordinaire théâtre
> Des vendeurs d'onguents et d'emplâtre,
> Séjour des arracheurs de dents !

C'est là que, suivant *Dancourt*, résidait le fameux *Barry*, « lequel avait arraché onze dents mâchelières à je ne sais quelle infante, et possédait un *baume du Japon* pour noircir les cheveux gris et démentir ainsi les extraits baptistaires, et une *quintessence de la Chine* pour faire sortir le nez à celles qui n'en ont guère et le faire rentrer à celles qui en ont trop. »

Comme les saltimbanques familiers des foires, certains de ces *Barnums* opéraient sur une voiture en pleine place publique, chamarrés d'or, l'épée au côté, escortés, à l'instar de *Tabarin*, d'un pitre qui leur donnait la réplique, et attirant autour d'eux par leurs bouffonneries les badauds empressés et curieux.

Le charlatanisme est vieux comme le monde, et nombreux sont les historiens des joyeusetés dont s'ébaudissaient nos pères, et *Noël du Fail*, avec ses *contes d'Eutrapel* ; et *Guillaume Bouchet*, avec ses *Sérées* ; et *Courval-Sonnet*, avec sa Satyre contre les pseudo-médecins empiriques ; et *Sorel*, avec son *Histoire comique de Francion*.... J'en passe, et peut-être des meilleurs !

Qui pourrait oublier, par exemple :

> *Carmeline* l'opérateur,
> Vêtu d'un collet de senteur,
> Chausses de Damas à ramage,
> La grosse fraise à double étage,
> Bas d'attache, et le brodequin
> De vache noire ou maroquin ;
> Le sabre pendant sur la hanche,
> Et, sur le tout, l'écharpe blanche ;
> Tenant en main bec de corbin...

Et le *grand Thomas*, ce vendeur d'orviétan, qui paraissait, sous Louis XV, sur un char d'acier à quatre roues,

> Sur un char ceint de garde-fous,
> Construit d'une forme nouvelle,

en roquelaure écarlate à brandebourgs d'or, le chef empanaché d'un vaste tricorne en plumes de paon, et qui par sa faconde attirait la foule avide de boniments ?

Il arrachait une mâchoire
Plus vite que vous une dent !

N'est-ce pas lui qui promettait monts et merveilles, se posant en bienfaiteur de l'humanité souffrante, « guérissant les soldats par courtoisie, les pauvres pour l'amour de Dieu, et les riches marchands pour de l'argent? »

Et par une étrange coïncidence, il n'y avait jamais que de riches marchands autour de lui !

Mais je me laisse entraîner, et je voudrais pourtant vous citer encore la plaisante aventure que narre *Ambroise Paré* :

« Un maître barbier demeurant à *Orléans*, nommé *François Louys*, avait par-dessus tout l'honneur de bien arracher une dent, de façon que, tous les samedis, plusieurs paysans ayant mal aux dents venaient vers lui pour se les faire arracher : ce qu'il faisait fort dextrement avec un pélican ; et, lorsqu'il avait fait, le jetait dans un ais de sa boutique. Or, il eut un serviteur nouveau, picard, grand et fort, qui désirait tirer les dents à la mode de son maître..... Il arriva, — cependant que le dit *François Louys* dînait, — un villageois requérant qu'on lui arrachât une dent..... Le picard prit l'instrument de son maître et essaya de faire comme lui ; mais au lieu d'ôter la mauvaise dent au pauvre villageois, il lui en poussa et arracha trois bonnes..... Sentant une douleur extrême, et voyant trois dents hors de sa bouche, le villageois commença à crier contre le picard, lequel, pour le faire taire, lui fit entendre qu'il n'en dît mot et qu'il ne criât si fort, attendu que, si le maître venait, il lui ferait payer les trois dents pour une..... Le maître, oyant tel bruit, sortit hors de table, pour savoir la cause et la raison de leur noise et contestation..... Mais le pauvre paysan, redoutant les menaces du picard, et encore, après avoir enduré telle douleur, qu'on lui fît payer triplement la peine du dit picard, n'osa déclarer au dit maître ce beau chef-d'œuvre, et ainsi le pauvre badaud du village s'en alla quitte

pour une dent qu'il pensait faire arracher, en rapporta trois en sa bourse, et en sa bouche celle qui lui causait le mal. »

Et savez-vous qu'elle est la conclusion du savant docteur?

« Je conseille donc à ceux qui voudraient se faire arracher les dents, qu'ils s'en aillent aux vieux dentateurs, et non aux jeunes. »

Je ne me permettrais pas, quant à moi, si j'avais voix au chapitre, de donner un avis aussi rigoureux.

Même en art dentaire, la jeunesse a du bon; et ce n'est quand on la voit s'éloigner de soi, chaque jour davantage, qu'on peut être disposé, comme Ambroise Paré, à en dire du mal!

Mais enfin, de tout ceci, que conclure, à notre tour?

C'est qu'il y avait de graves abus, et qu'il était grand temps de les réprimer.

C'est pour cela que les *Statuts de* 1699, agrégeant les dentistes à la *Communauté des chirurgiens*, et mettant sur la même ligne oculistes, renoueurs d'os, herniaires, lithotomistes, sages-femmes et dentistes, leur interdirent de prendre désormais officiellement d'autre titre que celui d'*expert*, et encore à la condition de n'en user chacun que pour la partie de la médecine qu'il exercerait, et après avoir subi un examen probatoire devant une *Commission de trois chirurgiens* nommés par la Municipalité.

Semblables obligations entraînaient naturellement des dépenses, et nous en croirons volontiers le *Dr L. Thomas*, lorsqu'il nous dira: « Il fallait payer pour entrer en apprentissage, payer pour l'immatriculation, payer pour les droits d'examen, payer pour acquérir la charge, toujours payer! »

Quoi qu'il en soit, grâce à ces mesures, l'art dentaire finit par ne pas rester étranger aux progrès de la chirurgie, et c'est, en effet, à peu près à ce moment que le plombage et la prothèse entrent dans la pratique courante.

C'est le moment aussi où s'ouvre une nouvelle période de l'histoire de la dentisterie.

En 1728, un chirurgien-major des armées navales, que des malheurs de famille avaient éloigné de l'état militaire,

Pierre Fauchard, publie en deux volumes un *Traité* magistral *de l'art dentaire.*

Dépourvu de tout grade universitaire spécial, mais praticien habile et érudit observateur, il s'était d'abord établi dentiste à *Angers*, puis, après des circulations ambulantes et à dates fixes (comme cela se pratiquait alors, parfois à grand renfort d'affiches et à son de tambour !) à *Tours*, à *Nantes*, à *Rennes*, il était venu définitivement se fixer à *Paris.*

Ce père incontesté de la dentisterie moderne avait, semble-t-il, un caractère ombrageux, et l'on parle encore de ses démêlés avec *Garengeot*, l'inventeur prétendu de la fameuse clé, qui serait due soit au *frère Côme*, soit à *Lécluse.*

Mais qu'importe ? il n'en a pas moins trouvé le temps de fabriquer des appareils de redressement avec fils et ressorts.

Toute une légion de praticiens et de prothétistes distingués vient à sa suite, dont je ne puis mieux faire que d'emprunter l'utile nomenclature aux travaux autorisés de *MM. Martinier* et *Roy*, après avoir avec eux rappelé que le premier cas certain de transplantation remonterait à 1670.

C'est *Purmann de Breslau*, qui, vers 1700, pratiqua le premier des empreintes ;

Bunon qui, en 1743-1746, publie ses *Essais sur les maladies des dents ;*

Mouton; qui applique à la face intérieure des molaires une couronne d'or destinée à en arrêter l'usure (1746) ;

Lécluse qui, après avoir débuté à *l'Opéra-comique*, dirigé sans succès un théâtre, et donné, à Ferney, sous l'égide de *Voltaire*, des leçons de déclamation à la nièce de *Corneille*, est nommé dentiste du *roi de Pologne*, le jour même où, à l'en croire, le souverain perdait sa dernière dent, compose (ce qui est plus sérieux !) son *Anatomie de la bouche* (1752) et ses *Nouveaux éléments d'odontologie* (1754) ;

Bourdet, qui a imaginé l'aurification par l'or adhésif et l'emploi des vis pour dents à pivot, et qui édite successivement ses *Recherches et observations sur toutes les parties de l'art du dentiste* (1757) et ses *Soins faciles*

pour la propreté de la bouche et la conservation des dents et pour faire éviter aux enfants les accidents de la dentition (1771);

Duchâteau, l'inventeur, avec *Dubois de Chémant* et *Dubois-Foucou*, des dentiers en porcelaine (1776);

Jourdain, collaborateur à l'*Année littéraire* de son ami *Fréron* et auteur d'un *Traité des maladies de la bouche et des opérations chirurgicales* (1778);

Laforgue enfin qui, après avoir fabriqué des ressorts à spirale, en cède un au violoniste *Paganini*, — mais à un prix si exorbitant que l'illustre artiste est, paraît-il, pris d'une colère quasi-aplopectique qui faillit abréger ses jours, — et qui trouve assez de loisir pour composer, de 1802 à 1810, sa *Théorie et pratique de l'art du dentiste*.

En même temps, animés d'une égale ardeur, les anglais *Hunter* (1778), *Blake* (1798) et *Fox* (1803), étudient l'*Histoire naturelle des dents*, et *Hunter* l'un d'eux, s'ingénie même, en 1770, à greffer une dent humaine dans la crête d'un coq !

Mais si les connaissances anatomiques et pathologiques faisaient en matière dentaire d'incontestables progrès [1], il n'en allait pas de même, paraît-il, de la thérapeutique, et le Dr *Roy* nous rapporte qu'elle en était restée à l'emploi de matières obturatrices et d'instruments imparfaits, et qu'elle n'usait toujours que de la lime et du cautère !

Tout le monde, alors, se mêlait encore d'arracher les dents. C'étaient de pauvres petits ramoneurs dont les dents saines servaient à la transplantation. On soignait les périostites par l'application de cataplasmes ; et, attribuant par ignorance la carie à la modification des humeurs, on faisait (nous apprend notre érudit cicérone) appel à l'emploi de remèdes absolument saugrenus.

Nous avions déjà nommé l'urine ; la voilà qui réapparaît dans les prescriptions dentaires !

---

1. L'étude de *M. le Dr Frey* sur la *Pathologie dentaire* en est un vivant témoignage.

Et *Fauchard* en arrive à cette constatation mélancolique:

« Tant de gens s'ingèrent de travailler aux dents, qu'il y aura bientôt autant de dentistes que de personnes affligées de maux de dents. »

N'était-il pas jusqu'aux couteliers qui s'avisaient d'arracher les dents, et l'on pouvait se demander si ce n'était point le fait de fabriquer des instruments qui donnait la démangeaison de les essayer!

Mais, à partir de *Fauchard*, qui révolutionne en quelque sorte l'arsenal opératoire, tout change soudain. Adieu, le vieux pélican et le pied de biche! Place au poussoir et à la langue de carpe, pour extraire les dents de sagesse!

Successivement, font leur apparition :

L'obturateur de *Gariot*, destiné, en forme de voile de palais articulé à luette mobile, à faciliter les mouvements de déglutition et de phonation (1805);

L'empreinte à la cire vierge, et les appareils à plaque pour la conservation des racines, de *Maggiolo* (1807);

La substitution par *Fonzi* de dents isolées aux dentiers d'un seul bloc (1808), tandisque le lettré et classique *Duval* enrichissait la bibliographie dentaire de ses *Recherches historiques sur l'art du dentiste chez les anciens;*

Le pivot cylindrique de *Delabarre père*, auteur du *Traité de la partie mécanique de l'art du chirurgien-dentiste*, et les gencives en émail de *Maury ;*

L'amalgame d'argent proposé par *Taveau* comme matière obturative (1826).

Et ce n'est pas tout encore !

Voici *Lemaire*, le compagnon de *La Fayette* et de *Rochambeau* en *Amérique*, qui, en 1821, fait paraître son *Histoire naturelle des maladies des dents de l'espèce humaine;*

Miel, qui, à la fois, musicien, dessinateur et dentiste, — et qui doit à ces talents variés l'amitié de *Lacépède* et de *Cuvier*, — n'en publie pas moins (1826) ses *Recherches sur l'art de diriger la seconde dentition*, avant d'aller mou-

rir en parlementaire sur une barricade à la tête d'une compagnie de gardes nationaux, lors de la *Révolution de* 1830; *Toirac* enfin, que son étude sur la *Déviation de la dent de sagesse* (1829) n'empêche pas de figurer comme chansonnier aux premiers rangs du *Caveau.*

En résumé, on ne compte plus les progrès réalisés, depuis le jour où le dentiste a commencé de s'occuper des affections de la muqueuse buccale, c'est-à-dire depuis 1839.

Grâce à l'initiative individuelle, et en dépit de l'absence de tout enseignement professionnel, découvertes et inventions transforment radicalement la thérapeutique dentaire.

Et voilà qu'a sonné l'heure où un modeste dentiste américain d'*Hartford, Horace Wells,* dont la fin fut si dramatique, ouvre un vaste champ à *l'anesthésie,* et où un autre dentiste, originaire aussi d'Amérique, *Morton,* de *Boston,* — l'élève de *Wells,* — découvre la propriété anesthésique de l'éther et suscite ainsi les travaux spéciaux de *Delabarre fils* (1847) et *d'Oudet* (1849).

Et il ne faudra plus longtemps pour que s'affirme l'emploi successif en dentisterie du *chloroforme,* du *protoxyde d'azote,* du *bromure* et du *chlorure d'éthyle,* du *coryl,* dont *M. d'Argent* a été le vulgarisateur en dentisterie, de la *cocaïne,* et du dernier né, dont l'acte de naissance est à peine rédigé, le *somnoforme* du Dr G. Rolland[1]!

Pendant le même temps et successivement nous voyons apparaître :

Le *Traité d'orthopédie dentaire* de *Lefoulon* (1839) ;

---

1. Il serait injuste d'oublier ici les *Essais d'anesthésie locale* de *M. Viau* et l'étude de *M. Sauvez* sur les meilleurs moyens d'anesthésie à employer en art dentaire.

Donnons, à titre de curiosité, une liste nécessairement incomplète des anesthésiques successivement employés jusqu'ici : *acide phénique, bromure d'éthyle, carbonate de gaïacol, chloral, chloroforme, chlorure d'éthyle, chlorure de méthyle, chlorhydrate de cocaïne, chlorhydrate d'orthoforme, cocaïne, coryl, éther, éther nitreux, éther sulfurique, éther vitriolique, eucaïne B., exalgine, formol, gaïacol, gaïacyl, holocaïne, hypnone, nirvanine, orthoforme, oxygène sous pression, protoxyde d'azote, somnoforme, somnol, trioxyméthylène, tropo-cocaïne,* etc.

Il a été fait aussi, pour *l'anesthésie locale,* des essais *d'électrothérapie dentaire,* auxquels sont attachés les noms de *Francis de Philadelphie, Préterre, Klingfüss, Serres, Camoin* de *Marseille, Foulon* et *Ed. Papot.*

Les appareils sans plaque de *Schange*, qui fixe aux dents un collier d'or fermé et serré à l'aide d'une vis et d'un écrou (1841) ;

La gutta-percha, imaginée comme base des appareils par *Delabarre fils* (1852), et bientôt remplacée (1855) par le caoutchouc vulcanisé, grâce à *Ninck* et à *Wenderling*, de *Metz*, tandis que l'Américain *Robert Arthur* met en lumière les propriétés cohésives de l'or !

Et puis, ce sont :

Les fraises mécaniques de *Wiesner ;*

Le maillet automatique à fouler l'or adhésif d'*Atkinson* (1867) ;

Le tour dentaire de l'Américain *Morisson* (1870) ;

La digue en caoutchouc de l'Américain *Barnum ;*

Le fauteuil d'opérations mobile en toutes ses parties ;

Les daviers perfectionnés *d'Évrard,* un *Français* établi à *Londres ;*

Les dents minérales américaines ;

Les appareils de redressement sans plaque ;

Les appareils extenseurs de l'arcade alvéolaire ;

Les appareils à succion de *Gardette,* de Londres, appareils où il donne à la saillie palatine la forme d'un cœur, que la naïve crédulité d'un ecclésiastique attribuera, s'il faut en croire *M. Martinier,* à l'intervention divine du *Sacré-Cœur de Jésus !*

A côté de ces progrès dans l'outillage, la prothèse (cet art bien français, comme a dit *M. Martinier,* quoiqu'il soit naturalisé anglais, américain, italien et allemand par des perfectionnements venus de l'étranger !) ne chôme pas davantage.

Énumérons plutôt :

Application de l'acide arsénieux à la dévitalisation de la pulpe malade, due à *Spooner* (1835) ;

Emploi scientifique des méthodes antiseptiques de l'illustre *Pasteur* dans le traitement des dents infectées (1873) : grâce à quoi les cas jusqu'alors réputés incurables sont guéris et les dents à pulpe morte sont sauvées !

Que vous faut-il de plus ?

En face de cette éclatante transformation, le *Dr Roy* n'avait-il pas raison de proclamer qu'à partir de 1839, époque où s'est ouverte, à *Baltimore*, la première École dentaire des *États-Unis*, la dentisterie est devenue une profession scientifique, susceptible désormais d'évolutions profondes, de découvertes de plus en plus ingénieuses et de progrès constants, et que celui qui voudra dorénavant réussir doit vouer d'avance sa vie tout entière au travail !

Il ne s'agit plus seulement de remplacer les dents ; un art nouveau surgit à l'horizon ; une mission plus noble et plus haute s'affirme. La pratique de l'*orthodontie*, c'est-à-dire l'art de redresser les anomalies et de rendre, comme on l'a dit, de l'agrément aux physionomies disgrâciées, est appelée à devenir le domaine des chirurgiens-dentistes.

C'est légitimement à eux désormais de traiter les maladies de la bouche et les fractures des mâchoires ; et, nouveaux collaborateurs de la chirurgie, de restaurer la face, les maxillaires, le nez, les lèvres et les oreilles, — en marchant sur les traces de *M. Delalain*, du *Dr Claude Martin*, de *Lyon*, l'inventeur, en 1870, des charpentes nasales, et de *Préterre*, qui, dès 1859, lors de la guerre d'*Italie*, restaurait les visages mutilés de nos braves troupiers.

Ce genre d'opérations est, à présent, entré dans la pratique, et tout l'honneur en revient aux travaux de *M. Gillard* en 1891, de *M. Michaëls* en 1893, du *Dr Roy* en 1894, et enfin de *M. Delair*, de *Nevers*, qui ont fait l'admiration des congressistes de 1900, — de *M. Delair*, qu'on a surnommé *le récidiviste de la bienfaisance* et qui inaugurait ici-même, en mars 1901, ses remarquables démonstrations de prothèse restauratrice, et qui, dans sa modestie, ne veut pas qu'on oublie, à côté du sien, les noms de *Delabarre, Schange, Ninck, Stearns, Pillette, Guerson, Goldenstein, Kingsley, Magitot, Martinier, de Marion, Guérini* de *Naples* et *Heïdé*.

Cette intervention, indispensable à l'avenir, du chirurgien-dentiste, vous impose, n'est-il pas vrai, de nouveaux

devoirs, et je suis convaincu d'avance que vous ne vous y déroberez pas.

Excusez, Mesdames et Messieurs, cette incursion d'un laïque dans un domaine qui n'est pas le sien.

Mais je n'ai pu, intéressé moi-même par les travaux de vos maîtres les plus compétents, résister au plaisir de les résumer devant vous, et je me suis fait cette douce et passagère illusion de croire que ce rappel du passé de l'odontologie, me donnerait le droit de compter désormais parmi les membres de votre famille professionnelle !

Et maintenant, revenons, pour ne les plus quitter aux matières qui me concernent plus directement.

Tandis que s'opérait cette révolution dans l'art dentaire dont je viens de vous entretenir, la législation faisait, elle aussi, un pas en avant.

J'avais laissé les dentistes régis par les *Statuts de 1699*.

Mais voilà qu'incidemment et comme discrètement, la *Déclaration du roi du 24 février 1730* s'occupe d'eux enfin.

A ce moment, *Paris* ne comptait encore que trente dentistes, dont deux seulement étaient reçus *maîtres en chirurgie*.

Mais la *corporation* comprenait aussi deux femmes, et l'examen, peu compliqué, portait à la fois sur la théorie et sur la pratique.

Tout à coup, le ciel s'assombrit.

Un *Arrêt du Parlement du 19 avril 1755* vient interdire aux femmes l'exercice de la profession dentaire. Le motif ? Écoutez-le :

« Comment serait-il possible que des femmes et des filles, que la décence de leur sexe exclut des cours d'anatomie et d'ostéologie, puissent acquérir une capacité suffisante pour traiter ces parties de la chirurgie avec succès, lorsque, après bien des veilles d'un travail assidu, souvent l'expérience des plus grands maîtres suffit à peine pour les opérations ! »

Idées bien arriérées, n'est-ce pas, Mesdames, et contre lesquelles proteste à bon droit votre présence au milieu de nous!

En tout cas, cette apparente rigueur prouve qu'on com-

mençait dans les sphères officielles à prendre l'art dentaire au sérieux.

Et, en effet, la condition des *experts* est bientôt réglée à nouveau par *lettres-patentes de mai 1768,* et nous rencontrons enfin le premier texte organique qui règit la matière !

Il y est, il est vrai, surtout question de l'organisation du *Collège de chirurgie;* mais le titre IX renferme quatre articles (les articles 126 à 129) qui concernent les dentistes.

Le premier impose à ceux qui veulent s'appliquer à la *cure des dents* l'obligation, pour exercer, de se faire recevoir en qualité d'*experts* au *Collège de chirurgie.*

Le second les oblige à un stage de deux ou trois ans, suivant qu'il aura lieu à *Paris* ou en province, soit chez un maître en chirurgie, soit chez un expert-dentiste.

Le troisième fixe les conditions de l'examen théorique et pratique, la composition du jury, et les formalités à remplir (pour se faire admettre, ou une fois reçu), telles que l'inscription et la prestation de serment entre les mains du premier chirurgien du roi.

Le quatrième, enfin, édicte des pénalités, en cas d'exercice illicite de l'art dentaire ou d'usurpation du titre de chirurgien de la part de celui qui ne serait qu'expert-dentiste.

Êtes-vous curieux maintenant de savoir comment, sous *Louis XIV,* on était reçu docteur en médecine ?

Demandez à *M. Pabon* :

« Grande procession de docteurs habillés de rouge avec des toques noires... Deux violons jouent des airs de *Lulli*... Le président s'assied, fait signe aux violons qu'il veut parler et qu'ils aient à se taire, se lève, commence son discours par l'éloge de ses confrères et le termine par une diatribe contre les innovations et la circulation du sang... Il se rassied ; les violons recommencent... Le récipiendaire prend la parole à son tour, complimente le chancelier, complimente les professeurs, complimente l'*Académie*... Le président saisit un bonnet, qu'un huissier porte au bout d'un bâton et qui a suivi processionnellement la cérémonie, coiffe le

nouveau docteur, lui met au doigt un anneau, lui serre les reins d'une chaîne d'or, et le prie poliment de s'asseoir. »

Quelque modeste que soit jusqu'ici la place du dentiste dans la réglementation, voilà cependant enfin un acte d'état civil professionnel !

Ce fut, par malheur, pour bien peu de temps !

Avec *l'an 1789*, s'ouvre l'ère de la Révolution, et le vent de la liberté va bientôt souffler en tempête.

Coup sur coup, le Décret du *2 mai 1791* proclame la liberté de toutes les professions, et le *Décret du 18 août 1792* ordonne la suppression des Universités, Facultés et Corps savants.

La suppression des Congrégations et communautés laïques et religieuses atteint en même temps les dix-huit *Facultés de médecine* existantes et le *Collège de chirurgie*, que, du reste, la *loi du 14 frimaire an III* ne tardera pas à remplacer par les *Écoles de santé* de *Paris, Montpellier* et *Strasbourg*.

Ainsi fut fait, jusqu'à l'an XI, l'essai de la liberté absolue de la médecine.

Mais hélas ! empiriques et charlatans en profitent aussitôt pour étaler impudemment, comme autrefois, leurs enseignes et pour exploiter, au grand dommage de la santé publique, l'ignorance et la crédulité des malades.

Et les abus apparaissent si criants, les scandales si flagrants, que la nécessité d'y mettre fin sans retard se fait sentir et, avec elle, le besoin de rétablir à peu près l'ancien état de choses.

De là, la *loi du 19 ventôse an XI*, qui réglemente l'exercice de la médecine.

Elle crée deux ordres de médecin :

Les médecins, reçus dans les *Écoles spéciales de médecine* ;

Les officiers de santé, reçus par des *Jurys*.

Nul ne peut désormais exercer la médecine, la chirurgie

ou l'art des accouchements, ni être officier de santé, sans avoir subi un examen professionnel sur un sujet médical spécialement déterminé par la loi.

Mais les dentistes, demanderez-vous ?

Il n'en est pas le moins du monde ici question.

On ne leur réserve même point, comme jadis, une modeste place entre les herniaires, les orthopédistes et les sages-femmes.

La loi les ignore absolument !

Une situation aussi mal définie au point de vue juridique devait fatalement créer aux dentistes un sort peu enviable.

Comment le public parviendrait-il désormais à séparer le bon grain de l'ivraie ?

Aussi, des quatre coins de l'horizon, surgirent des industriels, qui se crurent autorisés à exercer (puisqu'on n'exigeait aucun diplôme et qu'on proclamait la liberté professionnelle), sans se soumettre à aucune étude préalable ni à l'accomplissement d'aucune formalité légale.

L'on vit reparaître les mêmes abus que dans le passé ; la satire s'en mêla, et de toutes parts fut déversé le ridicule sur une profession, qui a droit à tous les respects.

De son côté, la concurrence étrangère, habile à tirer les marrons du feu, s'ingéniait à prendre peu à peu la place des dentistes français, dont beaucoup avaient émigré par découragement, cherchant fortune ailleurs !

La mode n'était plus, du commencement du siècle, où l'on traduisait dans toutes les langues les ouvrages des dentistes français ; où, comme dit le *D^r^ Th. David*, petit ou grand, tout souverain voulait avoir, soit à *Paris*, soit même auprès de lui, un dentiste français, et où ceux de nos compatriotes qui allaient s'établir en *Angleterre* ou en *Amérique*, y acquéraient, comme *Dubois de Chémant, Planteau* ou *Cosson*, la plus éclatante et la plus justifiée des réputations !

Il était temps, vraiment, que les abus prîssent fin au plus vite, et de vigoureuses protestations ne tardèrent pas à se faire entendre !

Les *doctrinaires* se mettent les premiers vaillamment en campagne.

Estimant que le dentiste est un chirurgien qui ne s'occupe que de ce qui concerne les dents, ils veulent l'astreindre à des études spéciales et lui imposer un examen et un diplôme, avant qu'il puisse ouvrir un cabinet de consultation.

Son rôle n'est pas seulement de faire des extractions et des plombages, ou de confectionner des appareils et de poser des dentiers.

C'est à lui qu'il appartient de traiter habituellement, en même temps que les dents, les maladies de la bouche et de la muqueuse buccale.

Les connaissances de l'anatomie de la bouche et des dents, nécessaires à l'exercice sérieux de l'art dentaire, sont donc désormais indispensables, mais insuffisantes.

Le Dr Marjolin, un praticien distingué du temps, est le premier à exiger du futur dentiste des notions générales d'anatomie et de physiologie, de médecine, d'hygiène et de mécanique, et aussi des manipulations d'orfèvrerie !

Et c'est ce que le *Dr Réveillé-Parise*, autre praticien renommé, traduisait de la sorte :

« La partie scientifique et théorique doit s'allier nécessairement au manuel opératoire. »

De leur côté, les partisans de l'*autonomie de l'art dentaire*, se refusant à voir dans la profession de dentiste une simple spécialité médicale, défendaient avec une ardeur, faite pour séduire, la liberté de l'enseignement technique et de l'exercice professionnel, et, dès 1879, ils traçaient le programme d'un enseignement complet, mais indépendant : dentisterie opératoire, clinique de prothèse, excellent et seul moyen, suivant eux, de corriger les défauts de l'ancien apprentissage et l'égoïsme jaloux de patrons qui voulaient garder pour eux-mêmes leurs procédés et leurs méthodes.

M. Pillette, dans une séance d'ouverture de l'*École dentaire*, affirmait, en 1881, — parlant en leur nom — la nécessité d'une instruction spéciale appropriée aux exigences nou-

velles; mais il combattait en même temps avec énergie l'idée d'un diplôme qui porterait en grande partie sur des matières devant n'avoir qu'une utilité indirecte. Il voulait qu'un dentiste fût surtout bon odontologiste et bon mécanicien, et que, se cantonnant dans un champ d'explorations suffisant à son activité, il se contentât de faire des opérations sur les dents.

Les deux thèses rivales finirent par se rencontrer devant la justice, où la controverse dura presque de 1827 à la *loi du 30 novembre 1892*.

Mais aujourd'hui que la loi a nettement défini la situation du chirurgien-dentiste, la discussion ne présente plus qu'un intérêt rétrospectif, et nous avons tout profit à en abréger l'analyse.

C'est en 1827 qu'apparaît le premier procès en matière de dentisterie.

Un dentiste de province était poursuivi, pour avoir exercé sans être muni de diplôme, et, par *arrêt du 23 février 1827*, la *Cour de cassation*, se fondant sur ce que la *loi de ventôse an XI* n'avait pas reproduit la disposition de l'article 126 de l'*édit de 1768* et sur ce qu'elle n'était applicable qu'aux personnes qui exerçaient l'art de guérir dans son ensemble, déclare que quiconque se borne à exercer la profession de dentiste n'est pas classé parmi les personnes qui s'occupent de l'art de guérir, et par là même n'est pas soumis à l'obligation de se munir d'un diplôme, du moment qu'il ne se livre pas en même temps au traitement des maladies de la bouche.

En vain le tribunal de Boulogne-sur-mer (entre autres), par *jugement du 15 juin 1846*, affirme l'applicabilité aux dentistes de la *loi de ventôse an XI*; le *tribunal de la Seine* (les 14 février 1834, 8 mars 1844 et 16 décembre 1845), la *Cour de Paris* (le 21 février 1846) se rallient à la théorie de la Cour suprême, que confirme bientôt avec éclat une nouvelle décision de la *Cour de cassation* (le 15 mai 1846), et devant laquelle, depuis lors, se sont inclinées, de guerre lasse, la *Cour d'Amiens* (26 juin 1846), la *Cour de Paris*

(24 janvier 1849 et 8 avril 1858), et la *Cour de Douai* (26 mai 1873).

Depuis lors, on renonça de toutes parts à la lutte,

Et le combat finit, faute de combattants !

Quoi qu'il en soit, le *Dr David* constatait avec raison, dans une étude parue en 1885 dans *l'Odontologie*, que l'*arrêt de 1827* avait eu des résultats déplorables par les conséquences qu'on en avait tirées :

« Dispensés de tout diplôme, beaucoup de dentistes, se crurent par là même dispensés de toute étude, et cela, pendant qu'on ouvrait à l'étranger de superbes *écoles dentaires*, qui ne tardaient pas à nous envoyer leurs élèves (comme praticiens), puisque nous venions d'ouvrir nos portes sans condition... C'est de là que date l'invasion des dentistes étrangers... N'étant astreints à aucune autre formalité que celle de la patente, ils arrivèrent en foule chez nous, faisant d'habiles réclames pour capter la confiance du public, dénigrant leurs confrères, leurs hôtes, et exhibant des diplômes sans valeur pour la plupart, mais n'en donnant pas moins aux yeux du vulgaire une supériorité scientifique à ceux qui les portaient. »

Tandis que la justice se dérobait, le Parlement secoua sa trop longue torpeur, et, après un premier essai infructueux de la *Chambre des pairs* en 1825, la *Faculté de médecine*, secouée par *Dupuytren*, *Orfila* et *Velpeau*, se mit en campagne à partir de 1833 ; et dès 1847, elle essayait de faire réglementer la profession de dentiste, en même temps qu'elle proposait une nouvelle loi sur la médecine en remplacement de la *loi de ventôse an XI.*

La *Chambre des pairs* en fut saisie par *M. de Salvandy*, Ministre de l'Instruction publique, et, sur le rapport du *comte Beugnot*, le projet fut voté.

Mais la *Révolution de 1848* vint l'empêcher d'aboutir.

Le projet devait être repris plus tard ; cependant, ce serait se faire illusion que d'imaginer qu'une suite rapide ait été donnée à cette première tentative.

Qui ne connaît, par ouï-dire, le sommeil poudreux des cartons législatifs ?

A la suite d'une proposition de revision de la *loi de l'an XI* due en 1871 à *MM. Naquet* et *Chevandier*, députés, un nouveau projet, émanant de l'initiative du Gouvernement, fit en 1880 son apparition dans le monde parlementaire, suivi, le 6 novembre 1883, d'une nouvelle proposition du *Dr Chevandier*.

Les deux projets furent joints ; mais, par une étrange fortune, le rapport de *M. Chevandier*, du 11 juin 1885, ne s'occupa d'aucune façon des dentistes.

Pourquoi cela ?

C'est que si, dès cette époque, le Gouvernement avait saisi le *Comité consultatif d'hygiène publique de France*, présidé par le *Dr Brouardel*, de la préparation d'un projet nouveau (qui, du reste, fut déposé en 1886 par le Ministre du Commerce et de l'Industrie), d'autre part, avait surgi l'opposition de l'*École dentaire de Paris*, à peine née pourtant ; mais il faut croire que ses objections avaient produit quelque effet.

Après avoir vaillamment, mais inutilement défendu le principe de la liberté de l'enseignement professionnel, et comprenant que l'heure de la réglementation allait sonner, l'*École dentaire* avait fait une ardente campagne en faveur d'une loi spéciale, qui serait calquée sur le *Dentist's act d'Angleterre*.

Et lorsque MM. Lockroy, Chevandier et David, d'un côté, le Gouvernement, de l'autre, s'occupèrent à nouveau de la question, les 23 et 25 novembre 1889, et qu'un projet intégral fut repris, l'*École dentaire* demanda, pour les élèves qu'elle instruisait déjà, un titre spécial, celui de *chirurgien-dentiste !*

C'est ainsi qu'après un nouveau rapport du *Dr Chevandier* à la *Chambre des députés* (27 octobre 1890), un rapport du *Dr Cornil* au *Sénat* (31 décembre 1891) et un second rapport de *M. Chevandier* à la *Chambre* (11 juin 1892), est née la *loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine*.

Et c'est elle qui fera l'objet principal de nos conférences.

Comme vous voyez, les dentistes eux-mêmes ont été les principaux instigateurs du régime nouveau. Ils se sont mis bravement à l'œuvre, pénétrés de cette idée juste qu'il n'est pas de meilleure besogne que celle qu'on fait en personne.

Dès 1879, et quoiqu'il n'existât pas encore de Revue spéciale (car la Revue *L'Odontologie* n'est venue que plus tard au monde, vaillamment secondée par *M. Stévenin,* en son *Bulletin du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France*), se dessinait, de la part des dentistes, un double mouvement :

D'un côté, la *Chambre syndicale odontologique,* fille d'un groupement de dentistes parisiens patentés qui cherchaient à obtenir des pouvoirs publics le vote d'une loi réglementaire, et transformée, quatre ans plus tard, en *Institut odontechnique*, ouvrait, sous l'aile de la *loi de 1875 sur l'enseignement supérieur libre,* l'*École odontechnique de la rue de l'Abbaye,* aujourd'hui, *5, rue Garancière.*

De l'autre, un second groupement, de tendances plus novatrices, se proposait de combattre l'ingérence de l'*État* dans l'exercice de la profession, ingérence si chère aux *stomatologistes*, c'est-à-dire aux dentistes médecins, et de réformer l'art dentaire en *France* par la seule vertu de l'initiative privée. Il se constituait sous le nom de *Cercle des dentistes de Paris,* et, transformé, ensuite, en *Association générale des dentistes de France,* il fondait, le 25 mars 1880, la première *École dentaire* professionnelle libre, — qui est aujourd'hui l'*École de la rue de La Tour-d'Auvergne.*

L'honneur en revient surtout, on ne saurait assez le proclamer, à notre directeur, *M. Godon,* qui, par son projet du 4 décembre 1879, prétendait (ce sont les propres termes de *M. Roy* que je reproduis) « créer à l'Odontologie une place à part en chirurgie par un enseignement méthodique et rationnel, à l'aide d'une sorte d'École d'application, où seraient examinés les différents systèmes mis en usage », et d'un laboratoire, où les élèves viendraient — (c'est, cette fois, *M. Mar-*

tinier qui parle) — « se familiariser avec les détails techniques de la confection des appareils, et, par l'émulation du travail en commun, acquérir cette habileté manuelle » indispensable à quiconque a souci des progrès de l'art dentaire.

Les débuts furent difficiles. Capitaux, professeurs, élèves, où trouver tout cela ?

On fit, comme à *Baltimore* en 1839 et à *Londres* en 1853, appel à l'initiative individuelle, et de ces efforts multipliés sortit, le 15 novembre 1880, à l'aide d'un capital souscrit de 13.700 francs, notre *École dentaire,* toute armée pour un enseignement qu'elle allait demander, en ne faisant point en vain appel à leur désintéressement, à de jeunes et dévoués professeurs et à d'habiles et savants praticiens.

Modestement installée au deuxième étage de la *rue Richer, 23*, l'*École*, y compris les fondateurs, qui se proposaient de servir d'exemples vivants, comptait 46 élèves ; son premier soin, parce que la charité ne perd jamais ses droits en France, fut de songer aux indigents, et elle ouvrit un dispensaire, qui est devenu une véritable institution, puisqu'il n'a pas reçu, cette année, moins de 33.794 malades !

Je dis *charité;* j'ai tort. C'est *humanité* qu'il faut dire, car ce n'est pas une *aumône* que fait l'*École;* c'est un *devoir social* qu'elle remplit.

Constituée en société civile, l'*École dentaire* comporte donc une *École professionnelle,* qui donne aux étudiants dentistes un enseignement médical, scientifique et technique en même temps, et une *Clinique gratuite.*

Et, *reconnue d'utilité publique, le 19 février 1892,* elle délivre un *certificat spécial d'études,* dont les étrangers, en venant le conquérir, se chargent d'affirmer eux-mêmes la valeur au dehors.

Voilà ce que, s'inspirant en partie de ce qui se pratiquait hors de France, et devançant l'œuvre législative de 1892, à laquelle ils traçaient pour ainsi dire la voie à suivre, ont su faire par eux-mêmes et par eux seuls les fondateurs de l'*École dentaire.*

La prospérité a répondu sans tarder à une telle dépense d'énergie et à tant de sacrifices.

Les locaux devenus trop étroits, il fallut émigrer; et, après un court passage, de 1888 à 1897, *4, rue Turgot* et *57, rue Rochechouart,* l'*École* est enfin venue, en 1898, s'installer *45, rue de La Tour-d'Auvergne et 5 bis cité Milton,* où il ne semble pas qu'elle soit encore tout à fait à l'aise, tant son développement s'accentue !

Dès 1888, elle inaugurait, à côté des cours déjà existants, un *cours de jurisprudence et de déontologie professionnelles,* destiné à suivre la loi dans toutes ses évolutions.

Plus tard, en 1896, elle faisait admettre, moyennant une faible rétribution, ses élèves aux travaux de dissection de l'*Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux,* et après une entente facile avec l'*Assistance publique,* elle obtenait, en 1898, que les étudiants dentistes fussent autorisés à suivre un stage clinique semestriel dans quelques-uns de nos hôpitaux.

Aussi, dans une étude récemment parue dans la *Revue encyclopédique* de *Larousse,* le Dr *Delbet* a-t-il pu constater avec justice que « les dentistes sont désormais bien outillés pour revendiquer leur part contributive aux progrès de l'évolution de la chirurgie ».

Il est bon de proclamer hautement, après lui, que, si l'antisepsie est due à *Lister,* et si, le premier, *Humphrey Davy* a reconnu les effets anesthésiques du *protoxyde d'azote,* c'est un dentiste, *Horace Wells,* qui, en 1844, les a utilisés pour extraire les dents sans douleur; des dentistes aussi, *Charles Jackson* et *Morton,* qui, en 1846, substituèrent l'*éther* au *protoxyde d'azote,* et un dentiste encore, *Simpson,* qui, en 1847, affirma les avantages du *chloroforme !*

Et puisqu'il n'est pas douteux qu'à côté de l'*anesthésie générale,* combinée ou non avec des auditions musicales, l'*anesthésie locale* par la *cocaïne* et les *réfrigérants* peut rendre à l'art dentaire et dans les petites opérations

d'appréciables services, nous nous en voudrions de ne pas signaler, en terminant, les résultats que fournit la statistique, de *France*, d'*Allemagne* et des *États-Unis*.

Sur 346.676 cas d'anesthésie, on ne compte que 134 accidents mortels, et c'est ce qu'il faut que *L'Odontologie*, l'organe officiel si autorisé de l'*École dentaire*, répande hardiment dans le monde, qui ne demande pas mieux que d'être rassuré !

Mais il n'a pas suffi aux hommes d'initiative dont je vous ai parlé d'avoir ouvert une *École* prospère et fondé l'importante *Revue*, à laquelle s'attache le souvenir du nom de *Paul Dubois*.

Préoccupés par-dessus tout de votre avenir, et pour maintenir les rapports entre les nouveaux diplômés sortis de l'*École* et les tenir au courant des méthodes et des instruments nouveaux, ils ont constitué une association, la *Société d'odontologie de Paris*, qui compte aujourd'hui, tant français qu'étrangers, 450 membres.

De plus, comme le fait judicieusement observer *M. Roy*, cet ensemble de mesures va permettre aux étudiants, qui, devenus maîtres à leur tour, passeront par les grades successifs du corps enseignant de l'*École*, de constituer peu à peu un *État-major*, au sein duquel se recruteront les professeurs de demain, et de susciter dans un avenir prochain ce personnel d'élite qui, formé sans distinction d'éléments venus de tous les pays, sera, je n'en doute pas, l'honneur de la dentisterie internationale.

C'est ainsi que s'accroît, chaque jour, l'influence de l'*École*, et que s'étend l'efficacité de son action au dehors.

Dans une polémique récente entre *odontologistes* et *stomatologistes*, à l'occasion des *services dentaires hospitaliers* — (polémique fort bien résumée dans *l'Odontologie* par *M. Gross*) — votre *École* a su se faire écouter, et le temps n'est pas éloigné où l'observation que présente

M. Kirk, dans son *Coup d'œil sur l'avenir de l'enseignement dentaire*, sera devenue une vérité banale :

Oui, « le soulagement des douleurs dentaires doit comprendre à présent autre chose que l'administration d'agents thérapeutiques ou leur application topique...Il doit comprendre le traitement prothétique du restaurateur, comportant un art mécanique, avec lequel le médecin n'est pas familiarisé ».

Ces vérités-là, c'est à vous qu'il incombera, — lorsque vous vous en serez pénétrés par une application assidue à l'enseignement que vous venez chercher ici, —de les répandre au loin par la parole, par la plume, et (mieux encore !) par la salutaire contagion de votre propre exemple, c'est-à-dire par le spectacle de la dignité de votre existence professionnelle.

Tout semble, d'ailleurs, y concourir.

De toutes parts, se constituent des *groupements régionaux*, d'où sortent de nouvelles Écoles dentaires, à *Bordeaux, à Lyon...* ; j'en passe, et qui seront des meilleures !

Dans diverses villes de *France*, il a été organisé, pour ainsi dire chaque année, des *Congrès dentaires nationaux* (*Bordeaux :* 1895 ; — *Nancy* : 1896 ; — *Paris* : 1897 ; *Lyon* : 1898 ; — *Ajaccio* : 1901), — et les *Associations dentaires locales*, nées à leur suite, ont pris l'excellente habitude de se réunir deux fois par mois pour s'entretenir, au point de vue scientifique et technique, de tout ce qui intéresse la vie professionnelle.

L'Association française pour l'avancement des sciences, qui date de 1872, a fait, cette année même, aux dentistes l'honneur de créer pour eux une *section spéciale d'Odontologie.*

Et comme la science ne connaît pas de frontières[1], et que c'est une entente générale qui peut seule assurer les progrès les plus sérieux, — au *Congrès international dentaire de*

1. Ne rappelait-on pas, récemment, avec *M. Kirk*, qu'en art dentaire il n'y a plus de supériorité nationale, il n'y a que des supériorités individuelles.

1889 a succédé le *Congrès international de 1900*, qui, avec ses 1200 adhérents, a fourni, par les résultats obtenus, la preuve éclatante de ce que peut l'accord des énergies au service de l'intelligence !

Du groupement de tous les *Comités nationaux*, constitués à l'occasion du dernier *Congrès international*, est sortie aussi la *Fédération dentaire internationale*, qui aura désormais pour mission, par l'organe de son Conseil exécutif de préparer et de proposer la réunion des futurs *Congrès* et par l'organe d'une *Commission internationale d'enseignement*, d'unifier les programmes d'enseignement. C'est ainsi que la 4e année d'études créée à l'Ecole dentaire de Paris a pu, cette année, être acceptée par les différentes écoles nationales et étrangères.

Et c'est, comme le proclame la devise *anglaise*, cette union qui fera et qui fait déjà votre force !

Je me résume d'un mot, en m'excusant d'une aussi longue dissertation.

Cette réglementation sévère de l'art dentaire, s'appuyant désormais sur un texte de loi, fait, Mesdames et Messieurs, de votre profession une profession libérale, qui ne peut manquer de tenir dignement son rang dans le monde.

Le diplôme qui en assure l'exercice, délivré après des études approfondies, est, pour le public désormais rassuré, une garantie de votre savoir et de votre capacité.

Et c'est pour que cette garantie ne puisse être, nulle part, contredite et contestée, que je vous demande, en ce qui me concerne, de suivre mes *conférences de droit médical* avec le zèle qu'il faut toujours apporter aux choses sérieuses de la vie.

FERNAND WORMS.



APPLICATION DU PROCÉDÉ DE TRÉLAT

AUX EXTRACTIONS COMPLIQUÉES

Par M. Schoull,
Chirurgien-dentiste, pharmacien honoraire.

L'issue fatale qui a suivi l'anesthésie par le chloroforme, pratiquée récemment par un de nos confrères, nous convie une fois de plus à la prudence.

Après l'anesthésie locale, les injections sous-gingivales, ne possédons-nous donc aucun moyen autre que l'inhalation de vapeur, ou de gaz ? Si fait, et parmi eux le procédé de Trélat mentionné par M. le Dr Roy dans son Manuel du chirurgien-dentiste ; mais comme ce n'est pas un des grands moyens que la science met à notre disposition, il est méconnu, ou du moins passe inaperçu.

A deux reprises j'eus l'occasion de l'employer sans changement, et avec modification dans un autre cas.

Dans les deux premiers, je fis prendre à mes clients, ceux-ci étant à jeûn, et à un quart d'heure de distance, la préparation suivante (chloral hydraté 4 gr., chlorate de morphine 1 centigr., sirop de menthe 30 gr., soit 2 cuillerées à bouche). J'opérai 45 minutes après la première ingestion, sans douleur ni inconvénient d'aucune sorte.

Quant à mon troisième patient, après trois quarts d'heure d'attente, voyant que la résolution musculaire était insuffisante et qu'il ne m'appartenait pas passivement, je lui fis, dans le mollet, une injection d'un cgr. de chlorate de morphine qui me permit d'opérer un quart d'heure plus tard dans les meilleures conditions.

Les doses ci-dessus indiquées sont pour un adulte et,

comme l'indique Trélat, peuvent être modifiées en plus ou en moins ; mais j'estime qu'on ne devra pas les dépasser sans raison, suffisantes qu'elles sont dans la plupart des cas compliqués se présentant à nous et dont la durée n'excède pas une demi-heure, trois quarts d'heure au plus.

Si l'opération devait se prolonger, on pourrait redonner 1 à 2 gr. de chloral sans addition de morphine. On veillera, bien entendu, à ce que le sang ne fasse pas irruption dans les voies aériennes et, s'il y a lieu, on diminuera le décubitus dorsal jusqu'à cessation de l'hémorragie.

Le malade peut être réveillé aussitôt l'opération achevée et rentrer chez lui, mais il est bon qu'il soit accompagné.

En somme, procédé simple, efficace, sans danger et sans contre-indication, ne nécessitant aucune mesure préparatoire et préventive. En le sortant de la pénombre, je crois rendre service à bon nombre de mes confrères.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 22 octobre 1901.

Présidence de M. Sauvez, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

I. — Procès-verbal.

Le dernier procès-verbal est lu et adopté après une observation de M. Meng.

II. — Larynx artificiel. Présentation du malade par M. le Dr Cl. Martin (de Lyon).

M. Martin. — J'ai l'honneur de vous présenter un malade auquel j'ai placé un larynx artificiel à la suite d'une laryngectomie totale pratiquée par M. Jaboulay, de Lyon, pour un rétrécissement spécifique.

C'est ce larynx artificiel que je vais essayer de décrire en quelques mots.

Il faut dire tout d'abord que, pour limiter la sténose qui devait fatalement se produire et réserver une place suffisante pour un appareil ultérieur, je plaçai immédiatement après l'opération, et avant que le chirurgien fît la suture, un bloc de caoutchouc d'un volume à peu près égal au larynx enlevé, appliquant en cela les principes de la prothèse immédiate qui m'ont donné de si bons résultats dans les résections des maxillaires.

Ce bloc de caoutchouc était simplement fixé par un fil à la canule trachéale que le malade portait depuis longtemps.

Deux mois après l'opération, j'entrepris la construction d'un larynx artificiel qui pût remplir, le mieux possible, les fonctions dévolues à cet organe, c'est-à-dire qui permît au malade de parler, de déglutir, de respirer, de se moucher.

Cet appareil se compose de trois parties principales :

1° La canule trachéale ;

2° Un appareil phonateur (anche vibrante) ;

3° Une caisse de résonnance, et surtout protectrice.

Canule trachéale. — C'est une canule trachéale ordinaire, qui donne un point d'appui à tout l'appareil et qui le fixe. Un orifice

situé à la partie supérieure de sa courbure, à quelques millimètres de son orifice externe, la fait communiquer avec le larynx artificiel : c'est donc par là que passe la colonne d'air expirée.

L'extrémité externe de cette canule est munie d'une soupape de sûreté pour le cas où une obstruction se produirait dans l'appareil.

Appareil phonateur. — Il est formé d'un tube métallique à section quadrangulaire et de forme conique, dont la petite extrémité, dirigée en haut, est coiffée d'un tube plat de caoutchouc étiré dans le sens transversal, et qui forme l'anche vibrante. Les bords libres de ce tube de caoutchouc constituent deux lèvres qui vibrent au moment du passage de la colonne d'air et donnent naisssance à un son.

A la face postérieure de ce tube est ménagée une ouverture munie d'une soupape de caoutchouc qui permet à l'air d'arriver dans les poumons. Cette soupape s'ouvre donc de dehors en dedans.

Caisse de résonnance ou protectrice. — Il n'est pas probable que la résonnance de cette caisse soit bien grande ; son rôle protecteur est, de beaucoup, le plus important, et c'est certainement la partie la plus originale de cet appareil.

Cette caisse, renfermant l'appareil phonateur auquel elle est fixée par sa partie inférieure, est en caoutchouc durci. A sa partie supérieure, elle est fermée par une toile métallique qui est assez fine pour arrêter les parcelles alimentaires, mais qui permet à l'air et aux sons de passer. Les liquides la traversent donc forcément, mais en petite quantité, et le peu qui y pénètre descend au fond de cette caisse pour s'écouler par un tube placé à sa partie postérieure et la plus inférieure. Ce tube, long de quelques centimètres, descend dans l'œsophage et sert de conduit à tous les débris alimentaires qui peuvent traverser la toile métallique, ainsi qu'aux quelques sécrétions bronchiques expulsées en expiration à travers les lèvres de l'anche vibrante. A la partie inférieure de la caisse de résonnance et à son pourtour est placée une collerette en feuille de caoutchouc très mince et mou, qui vient s'appliquer contre les tissus environnants et empêche l'infiltration des liquides dans la trachée.

La voix a toujours la même hauteur de ton, mais je crois pouvoir, avec quelques modifications, arriver à la rendre moins monotone, à la moduler, en quelque sorte.

Voilà dans toute sa simplicité ce larynx artificiel. Je vais maintenant faire parler devant vous le malade.

(S'adressant au malade.) Quel âge avez-vous?

Le malade. — Trente et un ans.

M. Martin. — Depuis combien de temps portez-vous l'appareil ?

Le malade. — Depuis le 20 décembre 1897.

M. Sauvez. — Combien de fois avez-vous été opéré ?

Le malade. — Dix fois.

M. Sauvez. — Veuillez nous dire l'alphabet.

(*Le malade récite l'alphabet d'une voix haute et vibrante.*)

M. Sauvez. — Vous ne souffrez pas ?

R. — Non.

D. — Pouvez-vous vous moucher?

R. — Oui.

D. — Sentez-vous les odeurs ?

R. — Pas beaucoup.

D. — Combien de temps êtes-vous resté sans parler ?

R. — Quinze mois.

D. — Avez-vous parlé dès qu'on vous a placé votre appareil ?

R. — Tout de suite.

DISCUSSION.

M. Martin. — Dès le premier moment, après l'opération, comme il y avait un paquet de tissus pathologiques qui étaient absents, j'ai dû, pour les remplacer, introduire un bloc de caoutchouc de même volume afin d'empêcher la cicatrisation, de sorte que lorsque j'ai remplacé le bloc de caoutchouc par le larynx artificiel, le malade a parlé tout de suite sans difficulté.

M. Roy. — Comment l'appareil est-il placé par le malade?

M. Martin. — La partie supérieure de l'appareil correspond à la base de la langue; le malade l'introduit par la bouche.

M. Roy. — Il a été toléré dès le premier jour ?

M. Martin. — Oui, à cause du bloc de caoutchouc de même volume que j'avais placé antérieurement.

M. Roy. — Il ne peut être expulsé?

M. Martin. — Non, ce n'est pas possible.

Un membre. — Le malade porte-t-il l'appareil tout le temps, ou le remet-il plusieurs fois par jour ? Quelles sont les précautions d'hygiène ?

M. Martin. — Il le porte tout le temps pour cette bonne raison que, s'il ne le portait pas, au bout de vingt-quatre heures il y aurait une rétraction des tissus qui l'empêcherait de le remettre en place. Quant aux soins, le malade devrait nettoyer son appareil tous les jours, mais souvent il ne le fait que tous les deux ou trois jours quand il ne peut plus parler nettement. Cependant quelquefois, quand il l'a porté un ou deux jours sans le nettoyer, il parle mieux qu'auparavant, mais le plus souvent il parle plus mal.

M. Sauvez. — J'ai examiné cet appareil ce matin et je puis fournir deux explications complémentaires. Tout d'abord, remarquons que la canule trachéale n'est qu'une canule de sûreté et de maintien ; elle sert à fixer l'appareil ; nous pouvons, par la pensée suppo-

ser qu'elle n'existe pas ; on peut ne voir en elle qu'un appareil de maintien, mais au point de vue du passage de l'air, elle pourrait être bouchée.

M. Roy. — Pour que le malade parle, il faut qu'elle soit bouchée ?

M. Sauvez. — Certainement, car il existe en arrière de l'appareil phonateur de petites soupapes pour l'inspiration ; ce sont en quelque sorte de petits volets de caoutchouc qui se soulèvent quand le malade fait un appel d'air intra-pulmonaire, et, dans l'expiration, ces soupapes viennent se recoller pour forcer l'air expiré, expulsé par la soufflerie pulmonaire, à passer par l'anche vibrante. Cet appareil présente donc cette particularité très remarquable que l'air n'a pas besoin de passer par la canule trachéale ; l'inspiration se fait par deux petites soupapes qui s'ouvrent et se referment dans l'expiration.

De plus, M. Martin espère augmenter, par les moignons de muscles qui peuvent subsister, la tension de cette lame de caoutchouc, afin de faire varier l'intonation et d'obtenir une voix bi-tonale ou tri-tonale.

Un des points les plus curieux, c'est l'expulsion des mucosités ; il faut que les mucosités sortent de ce larynx comme elles sortent du larynx normal, après avoir remonté des bronches et de la trachée pour arriver dans l'œsophage en passant par la glotte. Lorsque la soufflerie pulmonaire envoie de l'air, les mucosités remontent jusqu'à l'appareil phonateur ; elles passent au milieu des deux lèvres que forme l'anche vibrante et rencontrent alors une grille métallique qui les force à retomber dans la caisse dite de résonnance, et elles s'en vont dans le petit tube qui se rend à l'œsophage ; c'est la même chose qui se produit chez l'individu normal à l'aide des cils vibratiles et des mouvements réflexes de la glotte, mais le résultat est ici obtenu mécaniquement. Pendant la déglutition, les liquides qui ont pénétré au travers du petit grillage d'or qui surmonte tout l'appareil rencontrent l'anche vibrante, c'est-à-dire les deux lames de caoutchouc accolées, et ils tombent dans le pharynx.

M. Michaëls avait fait autrefois un appareil qui est au Musée de l'École, dans lequel il avait déjà réalisé le progrès remarquable de permettre au malade de se moucher. Une chose terrible, en effet, pour les malades de cette espèce, c'est que leurs fosses nasales sont encombrées par les mucosités et qu'ils n'ont pas un courant d'air expiratoire pour les expulser. Dans l'appareil de M. Martin le courant d'air va également dans les fosses nasales en passant par le grillage métallique ; la fonction de l'olfaction persiste donc. Je crois qu'il est impossible de concevoir un appareil plus simple, plus complet, moins volumineux, plus physiologique, c'est-à-dire, en un mot, mieux établi que celui que M. Martin nous présente.

M. Martin. — Si les soupapes d'aspiration n'étaient pas suffisantes, on pourrait en faire autant sans inconvénient de l'autre côté

de l'appareil phonateur, ce qui doublerait la surface d'ouverture pour l'inspiration.

M. Roy. — S'il n'y avait pas la canule, cela tiendrait-il aussi bien?

M. Martin. — Il faudrait que l'appareil eût plus de poids, qu'il fût en métal par exemple au lieu d'être en caoutchouc.

M. Gillard. — Je suis un admirateur des travaux de M. le Dr Martin, que j'ai copiés maintes fois, tant au Val de Grâce que dans d'autres hôpitaux. Le nouvel appareil que nous présente aujourd'hui M. Martin augmente mon admiration par son ingéniosité. Il y a longtemps que je me suis occupé du larynx, des tubes vocaux comme on les appelait autrefois.

Il y a une vingtaine d'années Gussenbauer en Allemagne, et, deux ans après, David Foulis ont fabriqué des tubes vocaux; mais ils avaient un énorme inconvénient que M. le Dr Martin a supprimé : quand le malade voulait parler, il fallait qu'il fermât avec son doigt la canule; c'était très gênant. J'avais à cette époque combiné un appareil, et j'ai cherché un malade que je n'ai jamais trouvé. Je me proposais de supprimer la canule et de placer le larynx artificiel à l'intérieur tout simplement par la bouche comme cela se pratique pour le tubage. Ce qui m'a fait croire que l'idée était assez bonne, c'est qu'elle est entrée assez couramment dans la pratique. Je regrette de n'avoir pas trouvé un malade propice et je suis heureux qu'un confrère l'ait trouvé et ait employé ce procédé.

M. Martin. — Il y a des cas où il ne serait pas prudent de supprimer la canule, surtout lorsqu'il y a un rétrécissement; il ne faut pas oublier que dans le tubage du larynx l'épiglotte existe encore; sans cela les liquides pénétreraient dans le larynx; il pourrait y avoir une obstruction un jour ou l'autre et le malade aurait des phénomènes de suffocation.

M. Michaëls. — J'ai fait quelques expériences dans cet ordre d'idées. J'ai remarqué que, pour ces sortes d'appareils, les liquides bronchiques les obstruent au bout de quelque temps; le tube doit être enlevé parce qu'il est obstrué au bout de trois, quatre, cinq heures au maximum. Dans une expérience que j'ai faite je n'ai pas eu d'accidents, parce que le malade avait deux tubes, mais il était obligé lui-même d'enlever un tube et de placer l'autre.

Je trouve extrêmement intéressant l'appareil de M. Martin. Quant au petit tube longeant l'œsophage, il est pratique pour les mucosités qui peuvent venir des bronches; j'admets qu'ils passent à travers le résonnateur, à travers les lames vibrantes; mais je ne vois pas suffisamment le passage des mucosités découlant par le petit tube pour se rendre dans l'œsophage. Si le tube était gros comme le doigt et si les mucosités n'étaient que liquides, ce serait possible, mais comme il est établi dans l'appareil qui nous est présenté, il me paraît être beaucoup trop étroit.

Dans toutes nos opérations nous avons pris nos malades quand la cicatrice était formée ; chez un malade par exemple le trou était à peine de 5 à 6 millimètres de large ; en mettant des tubes de laminaire j'ai agrandi ce trou, jusqu'à la grosseur du doigt. J'ai travaillé avec un Dr Cros, qui employait simplement un double tubage avec un clapet à air ; mais les deux bouts étaient flexibles, de sorte qu'en passant l'instrument par la partie inférieure on engageait en même temps l'autre partie qui montait à sa place. L'appareil avait à peu près 8 centimètres de long. Il est vrai de dire que, dans ce cas, la glotte n'était pas détruite. Malgré cela le malade parlait, mais avec une voix très basse, moins forte que celle de cet homme, seulement il parlait normalement. Il a été présenté à Londres. Un an après le Dr Cros avait présenté cet appareil à l'hôpital et avait eu le bénéfice de l'invention.

L'objection que je pourrais faire à la rigueur est que le tube allant vers l'œsophage n'est pas suffisamment grand ; il serait nécessaire, me semble-t-il, de l'enlever bien souvent, surtout si le malade avait un léger rhume de poitrine. Ceci mis à part, je trouve l'appareil de M. Martin admirable et je l'en félicite très fort.

M. Martin. — L'observation de M. Michaëls est justifiée. Je regrette de ne pas avoir apporté le premier appareil que j'ai fait porter au malade et dans lequel le tube œsophagien est beaucoup plus large ; il est certain que l'observation est très juste, et le malade ne pourrait porter l'appareil qu'il a en ce moment aussi longtemps que le premier sans le nettoyer. Cependant le malade a porté plusieurs jours de suite l'appareil qu'il a en ce moment sans l'enlever ; mais il est certain que, pour l'expulsion des grosses mucosités bronchiques, il est obligé d'ouvrir sa canule trachéale par laquelle il les élimine. Quant à la prononciation dont parlait M. Michaëls, il est certain que, dès l'instant que l'épiglotte est conservée, le malade peut parler sans appareil. Si, quand le larynx est enlevé, il reste quelques tissus cicatriciels qui soient un peu mobiles au moment du passage de la colonne d'air, le malade parle bas, mais il parle ; il n'a pas la voix de mirliton qu'a ce malade. Le malade auquel il reste l'épiglotte peut parler.

M. Roy. — Le malade respire-t-il indifféremment par la canule ou par l'appareil ? En respirant, l'appareil ne vibre-t-il pas ?

M. Martin. — Oui le malade respire indifféremment ; mais, dans l'inspiration, les lèvres de l'anche vibrante étant fermées, aucun son ne peut se produire.

M. Michaëls (s'adressant au malade). — Comptez lentement et distinctement.

(*Le malade compte en modifiant sa voix selon les indications de M. Michaëls.*)

Je suis persuadé qu'il parlerait normalement si on le lui apprenait.

M. Delair. — Je m'associe entièrement aux éloges et à l'admiration qui ont été provoqués par ce travail de M. Martin; je ne sais ce que nous devons le plus admirer : de la science du docteur, qui a permis à M. Martin d'imaginer une telle œuvre, ou de son immense talent de prothésiste qui lui a permis de l'exécuter. Nous connaissons tous les travaux merveilleux auxquels nous a habitués le Dr Martin ; plus que tout autre, au moins autant que tout autre en France et à l'étranger, il a pratiqué et honoré la prothèse. Je conclus en disant que ce n'est que grâce à son immense talent de prothésiste qu'il a pu créer une œuvre semblable ; si M. Martin a pu faire ces beaux travaux, c'est surtout grâce à sa longue pratique de la prothèse ; je crois utile de dire cela bien haut, aujourd'hui que certains affectent de considérer la prothèse comme devant être reléguée au troisième plan de notre profession; il nous faut au contraire nous y attacher plus que jamais pour arriver à imiter ces magnifiques résultats. (*Applaudissements.*)

M. Martinier. — Je suis heureux d'apporter mon tribut d'admiration à M. Martin et je suis aussi très heureux d'appuyer les paroles de mon ami Delair, en ce qui concerne les déductions qu'on doit tirer de la présentation que vient de nous faire M. Martin. Nous avons le bonheur de voir réunis ici trois des prothésistes français qui ont le plus contribué aux progrès de cet art : M. le Dr Martin, M. Michaëls, enfin M. Delair. (*Approbation.*)

M. Martin est un mécanicien qui a acquis plus de connaissances générales et médicales que n'en comportait à son époque l'exercice de l'art du dentiste, connaissances que le chirurgien-dentiste sorti de nos écoles possède aujourd'hui dans toute leur plénitude; aussi nous a-t-il donné les plus beaux travaux que puissent montrer les prothésistes de tous les pays. M. Martin est encore à l'heure actuelle, à la tête de la prothèse française; il nous prouve que le dentiste avec ses connaissances physiologiques actuelles, peut réaliser toutes les conceptions d'un excellent prothésiste. Il n'est pas admissible qu'aujourd'hui, alors que depuis tant d'années nous travaillons à faire progresser cet art, on puisse nous faire reculer de vingt ans, en nous disant que l'art ne se trouve plus que chez les façonniers. La présentation qui nous est faite ce soir est une preuve du contraire. (*Vifs applaudissements.*)

L'art se trouve chez le dentiste complet, et M. Martin le personnifie justement parce qu'il est depuis longtemps un mécanicien habile et un dentiste connaissant à fond la dentisterie. Voilà ce que j'appelle le dentiste complet, c'est-à-dire celui qui peut traiter les maladies du système dentaire et de la région gingivo-dentaire,

qui peut enfin, comme complément naturel de sa fonction, restaurer ce que le chirurgien a dû détruire. Vous savez comme moi que M. Martin a ajouté depuis quelques années à ces titres celui de docteur en médecine; mais bien auparavant il s'était déjà illustré par ses nombreux et remarquables travaux de prothèse chirurgicale. Je suis heureux de dire cela devant M. Martin et devant vous tous, qui savez aussi bien que moi quel est le labeur de M. Martin, quels sont ses travaux. Et c'est seulement à cause de son amour pour la prothèse dentaire qu'il a été aussi ingénieux, qu'il a pu s'engager dans d'autres régions, et arriver à nous présenter les chefs-d'œuvre que nous avons admirés ce soir. (*Applaudissements prolongés.*)

M. Godon. — Après M. Martinier, après M. Delair, après M. Michaëls, je n'ai rien à ajouter. Je ne puis que m'associer comme président de cette école aux éloges qui viennent d'être adressés à notre confrère et ami le Dr Martin, et le remercier d'être venu présenter son beau travail, ici, chez nous, à l'École dentaire de Paris. (*Vive approbation.*)

M. Sauvez. — MM. Delair, Martinier et Godon ne me laissent presque rien à ajouter. Tous les trois nous ont montré, et M. Martinier d'une façon vibrante, que la prothèse est une des parties les plus importantes de notre profession et non pas la moindre, comme on l'a dit. Je ne veux pas reprendre cette question; après ce qu'a dit M. Martinier, c'est inutile, mais je veux faire valoir deux points : d'abord l'aide importante que peut donner le dentiste au chirurgien dans le sens étymologique du mot, c'est-à-dire l'homme qui travaille de ses mains, puis les services rendus à l'humanité par les grands prothésistes comme M. Martin. Voici un homme de trente-cinq ans, solide, bien portant; il vivra encore cinquante ou soixante ans. Sans l'intervention du docteur Martin il était frappé d'une infirmité épouvantable, celle de ne pouvoir parler, comme l'ont été jusqu'à ce jour tous ceux qui ont subi cette grosse opération de la suppression du larynx.

J'insiste donc sur les services que rendent, dans des cas semblables, les grands prothésistes, et je présente à M. Martin, au nom de la Société d'Odontologie de Paris, le tribut de notre admiration pour le travail qu'il nous a soumis ce soir. (*Applaudissements.*)

III. — La phase parapulpaire de la carie dentaire, par M. Mendel-Joseph.

M. Mendel-Joseph. — Je désire vous prier de bien vouloir décider que ma communication sera insérée dans le Journal avant qu'elle soit lue, ou tout au moins qu'elle soit reportée à la séance prochaine, d'abord, parce que je suis très enrhumé et qu'il me serait très difficile de vous la lire avec soin; ensuite parce qu'elle

est assez longue et qu'elle vous fatiguerait. Mais surtout, je serais désolé d'atténuer le concert d'éloges que nous avons décernés avec une unanimité absolue à M. le Dr Martin. Je vous demande donc la permission, afin que chacun de nous sente mieux l'importance que nous attribuons à la communication de M. Martin, de remettre ma propre communication à la prochaine séance et de terminer celle-ci avec le souvenir de la communication de M. Martin.

M. Sauvez. — M. Mendel-Joseph demande que sa communication soit remise à la prochaine séance; nous pouvons satisfaire son désir, mais il y a d'autres communications inscrites à notre ordre du jour; il y a notamment un rapport sur le Congrès d'Ajaccio qui devait être fait par M. Touvet-Fanton et M. Choquet, avec projections, mais des plaques s'étant cassées, cette communication n'est pas prête. Je vous demande donc de bien vouloir la remettre à la prochaine séance. (*Approbation.*)

IV. — DON AU MUSÉE.

M. Sauvez. — Nous avons ensuite la communication de M. Etchepareborda un de nos confrères et amis de cette école, qui est professeur à Buenos-Ayres, sur l'inclusion d'une dent de sagesse dans la partie supérieure de la branche du maxillaire inférieur. Mais, avant de vous en donner lecture, je vous présente une dent qui nous est envoyée par M. Fossez, chirurgien-dentiste à Saint-Étienne. Il s'agit d'une dent de sagesse supérieure, attachée à la racine de la deuxième grosse molaire, cas extrêmement curieux. Je crois que vous serez tous d'avis de remercier M. Fossez de cet envoi, pour encourager nos confrères de province à enrichir ainsi notre musée, par leur collaboration. (*Approbation.*)

V. — INCLUSION D'UNE DENT DE SAGESSE DANS LA PARTIE SUPÉRIEURE DE LA BRANCHE DU MAXILLAIRE, PAR M. LE Dr ETCHEPAREBORDA.

M. Sauvez donne lecture de cette communication. (*Voir Travaux originaux*, p. 303, n° du 30 octobre 1901.)

DISCUSSION.

M. Roy. — La communication de M. Etchepareborda est très importante, d'abord, en raison de la rareté du cas; mais il y a, en outre, un point intéressant. Comme tout le monde j'ai jusqu'à présent soutenu énergiquement cette idée que, pour qu'une dent de sagesse donne lieu à des accidents, il faut qu'elle soit en communication avec la bouche par une ouverture, et plus cette ouverture est petite, plus les accidents sont graves; mais il faut, comme condition essentielle qu'il y ait une ouverture. Or, dans le cas que nous décrit M. Etchepareborda il ne paraît pas y avoir d'ouverture. Il convient cependant de faire

des réserves ; il est difficile de savoir si cette dent, dans sa migration, n'a pas eu contact avec la bouche à un moment quelconque par l'extrémité des racines, par exemple. Car, enfin, ce cas est un peu paradoxal. J'avoue que je ne vois pas très bien comment une dent, sans communication avec l'extérieur pourrait avoir déterminé les accidents qui ont été observés. Je me demande s'il n'y avait pas, non pas par la couronne qui paraissait orientée en dehors, mais par la racine, du côté buccal, une petite ouverture, une excoriation de la muqueuse par l'intermédiaire de laquelle l'infection aurait atteint la dent. Quoi qu'il en soit, c'est un cas intéressant qui doit nous inciter à faire des recherches dans des conditions analogues. Quand il y a une affection du maxillaire on doit toujours penser aux dents et ne chercher ailleurs que quand toute cause dentaire est écartée. (*Approbation.*)

M. Viau. — M. Etchepareborda, en m'envoyant son travail, l'a accompagné d'une lettre dans laquelle il me disait : « Je vous envoie ce cas que je crois très intéressant, qui paraît unique et qui renverse toutes les théories admises », théories que M. Roy vient d'exposer, qui sont les nôtres. Il est certain que M. Etchepareborda est un praticien très savant, très minutieux, et qui a dû faire tout d'abord les mêmes réflexions que nous tous.

M. Mendel-Joseph. — Il est évident que cette observation ne rentre pas dans les cas habituels, mais ce serait aller trop vite de dire qu'elle renverse les faits établis. Il faut bien que l'infection puisse se produire par quelque voie. Il n'y a pas de génération spontanée. Lorsqu'il y a, par exemple, compression de la dent pendant son évolution, cette compression peut déterminer des accidents névralgiformes. Elle peut aussi déterminer des accidents d'hypertrophie par excitation ou d'atrophie par compression, l'infection ne peut se produire par génération spontanée. Il a dû exister quelque solution de continuité, qui a été le point de départ de l'affection ultérieure.

M. Sauvez. — Je me rallie à l'opinion de M. Roy et de M. Mendel-Joseph, au sujet de cette pensée qu'il a pu y avoir une éraillure quelque part, par où les microbes sont entrés. La discussion serait plus intéressante si M. le Dr Etchepareborda était là ; son observation est remarquable et nous pourrions lui envoyer une lettre de remerciements. M. Etchepareborda est un ancien élève de cette école, dont nous avons tous gardé un excellent souvenir ; il est arrivé à Buenos-Ayres à une haute situation, il est professeur de pathologie dentaire et de pathologie spéciale. J'ai été frappé, en lisant sa communication, de voir que la radioscopie est employée couramment là-bas et de constater combien cette observation est précise et bien rédigée. Entre parenthèses, si le chirurgien qui soignait le malade avec M. Etchepareborda l'avait écouté, le malade aurait été guéri trois mois plus tôt.

M. Roy. — Si M. Etchepareborda était là, il ne pourrait probablement pas nous donner des explications plus complètes, puisqu'il n'a vu le malade qu'au moment où celui-ci ne pouvait plus parler ni ouvrir la bouche et qu'il était en proie aux accidents que nous connaissons ; il aurait fallu qu'il vît le malade avant l'accident. Le dentiste qui avait soigné ce malade auparavant pourrait peut-être nous donner des indications ; encore faudrait-il que son attention eût porté de ce côté.

VI. — Procédés divers, perfectionnements d'outillage, par MM. d'Argent et Meng, etc.

M. Sauvez. — MM. d'Argent et Meng ont demandé, dans le même esprit que M. Mendel-Joseph, que leur communication soit reportée à la prochaine séance. La séance d'aujourd'hui avait été fixée à cette date exceptionnelle à cause de M. le Dr Martin, qui devait présenter sa communication au Congrès de chirurgie. L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 10 heures 30.

Le secrétaire général,
MENDEL-JOSEPH.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

Séance du 17 juin 1901.

Présidence de M. CRUET.

M. Robin revient sur le fragment de dentier avalé par un patient et dont il a déjà entretenu la société. Il expose à ce propos les idées du professeur Tillaux sur les corps étrangers de l'œsophage.

M. Gires présente les moulages de la bouche d'un garçon de quinze ans, atteint d'hémiplégie droite avec aphasie. L'état des dents fit, en dehors de tout autre signe, songer à la syphilis héréditaire. Le traitement spécifique guérit en effet le malade.

MM. Natier et Zund-Bouquet font une communication sur les vices de prononciation et les anomalies de la dentition.

A ce propos *M. Ferrier* déclare qu'il connaît un membre distingué du barreau de Paris qui ne possède plus à la mâchoire supérieure qu'une canine et une dent de sagesse et dont l'élocution n'est aucunement gênée : cela démontre le rôle important du bord alvéolaire dans la prononciation.

Pour *M. Cruet*, le rôle des anomalies dentaires dans la prononciation défectueuse n'est que secondaire et *M. Natier* reconnaît qu'en effet l'éducation compense rapidement certaines pertes de dents.

M. Lematte, pharmacien, rapporte une observation de M. Guinard,

ayant trait à une jeune femme atteinte d'actinomycose faciale, dont l'origine semble professionnelle : elle fabrique des brosses à dents avec des soies de porc que, pendant son travail, elle introduit dans sa bouche. Il en conclut que, même neuve, la brosse à dents est parfois dangereuse, si elle n'est pas stérilisée. Pour répondre à cette indication il présente un petit appareil basé sur l'emploi d'un mélange de menthol et de trioxyméthylène.

G. M.



REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX DENTAIRES ÉTRANGERS

I. — Traitement chirurgical du tic douloureux. Névrotomie. Cinq observations, par M. Roe, de Philadelphie (*Dental Cosmos*).

Dans les recherches cliniques qu'a faites le Dr Roe sur cette si douloureuse affection, il a été conduit à poser les deux problèmes suivants:

1° L'intervention chirurgicale est-elle justifiée et à quel moment doit-elle se produire?

2° Quelle opération ou méthode réalise le mieux le but qu'on se propose ?

Au point de vue du traitement médical il n'a jamais remarqué de dangers dans l'emploi des calmants dont l'opération est la base. Même avec le traitement par l'absorption de strychnine à doses progressives (traitement du Dr Dana), il n'a jamais vu de guérison, tandis que l'intervention chirurgicale seule a des chances de débarrasser du mal, mais à condition que l'intervention soit immédiate, car le nerf est d'abord pris à la périphérie et n'atteint les ganglions que par un entonnoir.

Il donne les différents procédés opératoires employés jusqu'ici, mais dans toutes ces méthodes on observe la régénération du nerf et une récidive de la douleur.

Il considère comme une chance de succès post-opératoire non seulement l'ablation du tronc nerveux à son départ du crâne, mais toute sa distribution périphérique. Il cite les cinq cas traités de cette façon dans lesquels il a eu suppression de la douleur. Mais le point faible est dans le peu de temps qui s'est écoulé depuis ces opérations. Il joint la reproduction photographique des cinq nerfs sectionnés.

Il termine son travail par une bibliographie où, chose singulière, ne figure pas un seul des noms de chirurgiens français qui se sont distingués dans cette opération.

II. — Quelques réflexions sur la manière d'aurifier, par M. Perry, de New-York (*Dental Cosmos*).

L'auteur me semble avoir été un peu modeste en annonçant que

sa communication ne contenait que quelques réflexions sur le sujet. C'est au contraire un interminable résumé de tout ce qu'on a pu dire en la matière et Dieu sait si elle est inépuisable, car j'ai sous les yeux les premiers numéros du *Cosmos* qui en parlent constamment. Aussi l'énergie des conclusions nous a semblé peu en rapport avec l'étendue de ce travail. Il résume la méthode qui donnera en général les meilleurs résultats, c'est-à-dire la combinaison des deux systèmes d'aurification dans la même cavité.

In medio stat veritas.

III. — Processus pathologique sur une dent incluse, par M. Miller. (*Dental Cosmos.*)

Le cas que rapporte l'auteur est intéressant moins par sa rareté que par l'erreur de diagnostic à laquelle il donne lieu le plus souvent.

Lorsqu'on remarque après l'extraction d'une dent incluse des cavités irrégulières sur la racine et sur la couronne, cavités dont le fond brun noirâtre et les bords déchiquetés offrent l'aspect de la carie, ce processus pathologique, d'après Miller, n'est en réalité qu'un cas de résorption pure et simple ; la coloration de la cavité est due au séjour du sang dont celle-ci s'est remplie pendant l'extraction.

Dans le cas présent la résorption s'étendait presque exclusivement sur la couronne en raison de l'irritation produite par la pression de l'appareil artificiel que portait le patient sur les tissus la recouvrant immédiatement.

IV. — Le ciment comme moyen de rétention des obturations, par M. Reed, de Rockford-ill. (*Dental Digest.*)

Ce n'est en somme que le procédé opératoire, des obturations combinées, plus connu qu'appliqué, que nous décrit le Dr Reed. Les avantages nombreux de la combinaison du ciment et d'autres matières obturatrices telles que l'amalgame et l'or se résument en ceci :

1° Suppression de points et rainures pour la rétention ou diminution de ces derniers dans les caries d'accès difficile ;

2° Suppression de la douleur ;

3° En raison de son peu de conductibilité diminution des douleurs produites par les variations thermiques ;

4° Préservation du tissu de la dent ;

5° Obstacle à la récidive de carie ;

6° Dans les obturations à l'amalgame, obstacle à la coloration de la dent.

V. — « Jumping the bite », par M. Duncan. (*Dental Review.*)

La longueur du travail, qui comprend près d'une vingtaine de

pages du journal et quarante-six figures dans le texte, ne nous permet pas d'en donner même un aperçu, qui forcément dépasserait de beaucoup l'espace qui nous est assigné.

Je me bornerai aux conclusions de l'auteur.

1° Le point principal dans le traitement de la protrusion maxillaire est d'empêcher le condyle de retourner à sa position première dans la fosse glénoïde ;

2° Lorsque le condyle a pris sa nouvelle position dans la cavité glénoïde, c'est-à-dire s'est fixé sur la tubérosité articulaire, la nature lui conserve ces rapports ;

3° La nature du changement physiologique est caractérisée par la résorption et le dépôt de tissu dans la cavité glénoïde formant probablement une nouvelle articulation et l'oblitération de l'ancienne.

VI. — Fonction physiologique de la salive, par M. Dicus, de Chicago. (*Dental Digest.*)

L'auteur commence son étude sur la salive par quelques généralités sur les glandes salivaires et la composition des différentes sécrétions salivaires, qu'il fait suivre des usages de la salive : 1° au point de vue mécanique; 2° au point de vue chimique. Il s'étend sur ce dernier point d'une façon très complète en passant en revue toutes les réactions qu'elle peut donner, sur l'action de la ptyaline. Il aborde ensuite le rôle que joue le système nerveux dans la production de la sécrétion salivaire, qu'il fait suivre d'un certain nombre de faits expérimentaux intéressants desquels il tire une série de déductions.

Il termine son travail en passant en revue les substances et agents qui peuvent passagèrement s'y trouver, d'où il est conduit à s'appuyer sur le remarquable travail dans lequel M. Michaëls, de Paris, peut démontrer l'importance de son analyse dans le diagnostic de certaines affections générales.

Ayant démontré dès le début que la fonction principale de la salive était de convertir les substances amylacées en sucre dans un milieu favorable, c'est-à-dire alcalin, il montre le rôle du dentiste à cet égard en donnant plusieurs indications opératoires pour éviter par des obturations mal faites le séjour des détritus alimentaires, dont la conséquence est la réaction acide.

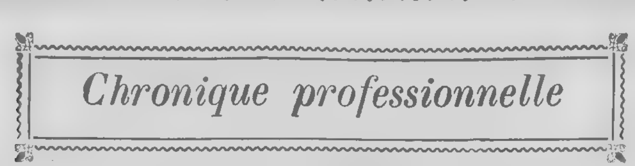
VII. — Extension sous-gingivale de la carie, par M. Ottolengui, New-York. (*Dental Cosmos.*)

Cette question avait été mise en plébiscite dans le journal dentaire américain *Items of Interest*, et des sommités dentaires telles que les Drs Black, Johnson, Wedelstaedt, Rhein, préconisaient la nécessité d'étendre une cavité interstitielle jusque sous la gencive pour éviter une récidive de carie à la partie cervicale de la cavité. C'était donc

reconnaître à la racine une immunité absolue à l'égard de la carie. C'est ce point que réfute le Dr Ottoleng dans une très longue et très intéressante communication.

Il pense, et cela assez justement d'ailleurs, que la récidive de la carie dépend plutôt de la manipulation opératoire que de la situation de la carie. Par conséquent si une cavité parfaitement préparée et obturée ayant des bords sous-gingivaux n'a pas à craindre la récidive de la carie, il en sera absolument de même pour une cavité n'ayant pas ses bords sous la gencive.

CHARLES WEBER.



Chronique professionnelle

Sous cette rubrique L'Odontologie *se tient à la disposition de ses lecteurs pour leur permettre de publier en toute indépendance leurs appréciations sur les questions de politique professionnelle. Toutefois le Comité de rédaction se réserve le droit de supprimer toute expression ou toute appréciation de nature à provoquer des polémiques personnelles.*

LA DIRECTION INÉVITABLE DANS LE PROBLÈME DE L'ENSEIGNEMENT DENTAIRE

(Extrait du *Dental Cosmos.*)

Nous sommes heureux de trouver dans le Dental Cosmos *la meilleure réfutation qu'on puisse adresser à M. Cruet. Emanant d'un étranger, absolument indépendant et aussi qualifié, elle n'aura que plus de poids pour nos lecteurs et, espérons-le, pour nos adversaires.*

N. D. L. R.

Nous publions dans ce numéro le discours prononcé par Sir Michaël Foster lors de la réunion de la Fédération dentaire internationale à Cambridge, le 7 août dernier[1].

Nous pensons qu'on reconnaîtra généralement que, si les principes qui forment la base du plan proposé par Sir Michaël Foster ne sont pas complètement nouveaux, ils offrent du moins un caractère nouveau, c'est-à-dire la clarté, la vigueur, le courage avec lesquels il foule aux pieds les anciens errements et s'engage hardiment dans une nouvelle voie, en établissant un type d'enseignement dentaire qui n'a pas été atteint dans le passé et qui est basé carrément sur la valeur du résultat. Depuis le commencement de sa lutte pour l'existence professionnelle, la dentisterie a été conduite par la considération de ses rapports avec la médecine. On l'a appelée tantôt une profession indépendante et tantôt une spécialité médicale. Les complications du problème de sa situation ont été telles que, non seulement en Amérique, mais dans le monde entier, il a été émis et il est encore émis des idées opposées sur les relations du dentiste avec la médecine et il s'est naturellement produit des divergences d'opinion sur l'enseignement à donner au dentiste.

Un pur hasard a amené la création de la première école dentaire du monde sur une base d'organisation distincte et séparée des écoles de médecine. Dans d'autres pays, notamment en Angleterre, les cir-

1. Nous publions également ce discours si remarquable dans ce n°, p. 1. (*Bulletin de la Fédération dentaire internationale.*

constances ont amené son affiliation organique avec la profession médicale, avec ce résultat que les deux méthodes ont été essayées dans une large mesure et que bien des défauts des deux systèmes d'enseignement ont été corrigés dans le processus d'évolution. Mais ce processus avec cette correction a fait quelque chose de plus : il a amené un état de choses dans l'enseignement dentaire et médical qui prouve que le dentiste n'a besoin que d'une certaine catégorie d'études et que, de même, le médecin n'a besoin, de son côté, que d'une certaine nature d'études ; qui prouve en outre que beaucoup d'études du programme médical n'ont que peu d'importance ou une importance secondaire et que beaucoup d'études du programme dentaire n'ont également que peu d'importance ou même aucune pour le médecin. Il a amené une période dans laquelle est possible une conception de l'enseignement dentaire comme celle qu'a exposée Sir Michaël Foster. Nous sommes arrivés à un moment où nous pouvons faire que, pour former un dentiste, il ne soit pas plus nécessaire de commencer par en faire un médecin qu'il ne serait nécessaire d'en faire un théologien. Nous en sommes venus à examiner, en ce qui concerne l'enseignement dentaire, la nécessité d'adapter les moyens aux buts, c'est-à-dire à ce point que pour former un dentiste nous devons commencer par en faire un dentiste dès le début.

Nous avons découvert, ainsi que l'a dit si sagement le Dr Brophy, que la chimie, l'anatomie, la physiologie, la bactériologie, etc., ne sont pas de la médecine, mais des sciences qui servent à instruire le médecin et qui servent de même à instruire le dentiste. A la question : « La dentisterie est-elle une spécialité de la médecine ? » nous répondrons affirmativement, si l'on entend par *médecine* tout ce qui peut à juste titre être compris dans l'art de guérir. Mais, en considérant le dentiste comme un spécialiste, nous ne voulons pas dire qu'il est nécessaire que, pour être instruit en tant que spécialiste médical, il soit forcé d'étudier toutes les matières du programme des études médicales à la suite desquelles le degré médical est conféré ; nous voulons dire qu'il a étudié ou doit étudier les sciences fondamentales de l'art de guérir nécessaires pour faire de lui un dentiste intelligent et utile. La question a été obscurcie par un manque de compréhension précise des termes employés, par exemple médecine, science médicale, spécialité médicale, etc.

Avec l'adjonction d'une quatrième année d'études, adoptée dernièrement par l'Association nationale des Facultés dentaires, le temps exigé, l'étendue des études qui seront faites et la nature des matières enseignées placeront le programme dentaire sur le même pied que ce qui est nécessaire maintenant en Amérique pour obtenir le degré médical; mais si l'on compare le bagage du dentiste avec le nouveau programme quant à la profondeur de son savoir, il est évident qu'à

cet égard l'instruction assurée par le programme dentaire sera plus complète que celle qu'assure le programme médical, pour cette simple raison que, dans le premier cas, l'ensemble des études a pour but de former un praticien dans une seule branche de l'art de guérir, tandis que dans le même laps de temps le programme médical prétend rendre un homme apte à exercer toutes les branches de l'art de guérir, chose impossible aussi bien en pratique qu'en théorie, parce que nous admettons que le principe posé par Sir Michaël Foster sera prochainement appliqué aussi définitivement à toutes les branches de l'instruction médicale qu'il a été appliqué à la dentisterie.

La position de cette question, qui a fait l'objet de son discours, marque une phase du développement de toute la question de l'enseignement médical, en employant ce mot dans son sens le plus large.

Dans ces conditions l'émotion causée par le rédacteur en chef de la *Revue de stomatologie*, le Dr Cruet, ancien interne des hôpitaux de Paris, dentiste de l'hôpital de la Charité, etc., a plus qu'un intérêt passager. Il ajoute sûrement foi à l'aphorisme : « Si vous n'avez rien à faire, faites du tort à votre adversaire. Dans le numéro de septembre de ce journal il exprime ses sentiments dans une série de critiques à l'adresse de ses confrères qui diffèrent d'opinion avec lui quant à l'instruction du dentiste. Pour éclairer ceux qui ne sont pas au courant, nous dirons qu'en France, comme ailleurs, la profession dentaire renferme des praticiens qui ont reçu l'enseignement dans des écoles dentaires et d'autres qui, en plus de cet enseignement dentaire, ont reçu l'enseignement médical et sont pourvus d'un titre médical. Les premiers sont les chirurgiens-dentistes, les autres les médecins-dentistes. Quelques dentistes pourvus d'un titre médical ont pris part au troisième Congrès dentaire international de Paris en 1900. Le Dr Cruet dit de ces derniers :

« Ils ne représentent à aucun titre l'opinion médicale française, ni surtout l'opinion des dentistes-médecins, dont l'immense majorité s'est depuis longtemps orientée dans une autre direction. Je ne sais exactement ce que nos honorables confrères représentent, ni quelle sorte d'intérêts, ni quels groupes, et je n'ai pas mission de le savoir, mais je suis autorisé à dire, d'après leur passé, qu'eux, docteurs en médecine et médecins, n'y vont que pour défendre la doctrine de l'inutilité d'un titre médical et, en fait, des connaissances médicales pour le dentiste.

» Dans l'ordre philosophique ou naturel on peut dire surtout qu'ils constituent une espèce qui est sur le point de disparaître, une sorte de paradoxe physiologique, d'état intermédiaire entre le vieux monde dentaire et le nouveau où ils n'ont pas su s'adapter. C'est ainsi qu'entre les espèces anciennes et les nouvelles plus élevées et plus développées par l'évolution subsistent des types intermédiaires pourvus d'organes bizarres qui ne les font ressembler à personne. Il faut les

observer attentivement et les classer, pendant qu'il est temps encore, car on ne les reverra plus. Ils ne mourront pas toutefois sans de bruyantes convulsions. »

Nous craignons que, dans son désir de condamner ses *confrères*, le Dr Cruet n'ait écrit sa propre épitaphe. Nous avons étudié attentivement le compte rendu du troisième Congrès dentaire international et nous n'avons pu y trouver nulle part une expression pouvant être interprétée comme l'affirmation de l'inutilité des connaissances médicales pour le dentiste. Nous savons parfaitement que plusieurs arguments sérieux ont été formulés quant à l'inutilité d'exiger qu'un étudiant en dentisterie prenne un grade médical avant d'étudier la dentisterie. Le Dr Cruet devra entendre avec de meilleures oreilles que les nôtres ou voir avec de meilleurs yeux pour apporter un fait à l'appui de son affirmation erronée rapportée ci-dessus. La thèse qu'il soutient a été défendue et préconisée pendant des années par son illustre prédécesseur à la rédaction en chef de la *Revue de stomatologie ;* mais, malgré les efforts herculéens de ce savant et de beaucoup d'autres qui ont travaillé avec lui, et malgré les efforts de propagandistes de la même théorie erronée dans d'autres pays, il reste ce fait que le programme médical actuel n'est pas considéré par ceux qui ont qualité pour en parler comme le meilleur moyen d'acquérir la science dentaire.

Le programme dentaire a constamment fait des progrès et donne de meilleurs praticiens que le système abortif préconisé par le Dr Cruet et par la minorité qui partage sa manière de voir. Il prétend que la création d'une école dentaire en France sous l'empire de la loi de 1892 résulte du fait que la prothèse dentaire n'était pas enseignée dans les écoles de médecine, de sorte qu'il était devenu nécessaire de créer des facilités spéciales d'enseignement pour la prothèse ; mais il prétend aussi qu'avec ce système la prothèse n'a fait aucun progrès et que la création d'une école dentaire n'a pas contribué à former de meilleurs dentistes ; au contraire, dit-il.

« Tout cela n'a fait que d'abaisser cet art spécial, que de le réduire à sa plus simple expression, ou à le reléguer heureusement, mais dans des conditions bien plus mauvaises qu'autrefois, dans les ateliers de mécaniciens professionnels dont il n'aurait jamais dû sortir.....

» La vérité est que les écoles sont impuissantes à faire un mécanicien, sont à peine capables de l'ébaucher et que ceux qui, sortis de l'école, feront de véritables et d'habiles ouvriers, ne seront pas des dentistes pratiquants, et que les rares dentistes qui font leur prothèse sont à la fois de détestables dentistes et de médiocres mécaniciens. »

Presque chacun sait que cette affirmation est inexacte, à moins que le Dr Cruet n'ait dans l'esprit quelque école dentaire dont nous ne connaissons pas les résultats. Son attitude témoigne de ce genre de

vanité professionnelle qui est si souvent un accessoire de la combinaison dento-médicale, union qui ne donne ni un bon médecin, ni un dentiste capable. S'il était vraiment un mécanicien de premier ordre, il montrerait plus de respect pour l'œuvre de la mécanique et aurait plus de fierté de ses résultats. S'il veut examiner soigneusement la question de l'enseignement dentaire au large point de vue de Sir Michaël Foster, considérer franchement avec exactitude quelle somme de savoir médical il a trouvée être utile dans la pratique dentaire et en même temps décider quelle somme de savoir dentaire complémentaire serait réellement utile au praticien, ses idées sur le moyen convenable de former des dentistes éprouveront sans aucun doute un changement radical ; ou bien, s'il veut considérer la question au point de vue statistique et s'efforcer d'expliquer d'une manière satisfaisante pourquoi l'opinion qu'il soutient est partagée par une minorité si minime, tandis que le mouvement de l'enseignement dentaire est incontestablement dirigé dans son ensemble vers une instruction distincte et spéciale sur une base séparée, nous pensons que ses dernières conclusions seront plus conformes aux faits qu'elles ne le sont.

ADRESSES UTILES

La ligne : 20 francs par an,
Lignes en sus : 10 fr. la ligne. } **dans 24 numéros.**

C. Ash et fils (*Fourn. gén.*) 22, rue du Quatre-Septembre, Paris. **TÉLÉPHONE 294.47.**

Dr Bengué (*Anestile*), 47, rue Blanche, Paris.

Billard, L. Lemaire, sr (*Fourn. gén.*), 4, pass. Choiseul, Paris. **TÉLÉPHONE 264.30.**

Comptoir international (*Fourn. gén.*), 15, avenue Fonsny, Bruxelles.

Contenau et Godart fils (*Fourn. gén.*), 7, r. du Bouloi, Paris. **TÉLÉPHONE 214-53.**

Cornelsen (*Fourn. gén.*), 16, rue St-Marc. **TÉLÉPHONE 218.69.**

A. Debraux, profr (*Cert. d'Et. exigé des dentistes*), 17, faub. Montmartre, Paris.

J. Fanguet, Georges Clotte, succr (*Impressions en tous genres*), 28, rue d'Enghien, Paris.

Vve Jules Friese (*Fournitures générales*), 3, rue de Londres, Paris.

Alfred Joliot (*Fourn. gén.*), à la Cloche, 193, rue St-Martin. **TÉLÉPHONE 271.51.**

Colin Logan fils (*Fourn. gén.*), 113, rue Réaumur, Paris. **TÉLÉPHONE 288.79.**

L. Mairlot (*Fourn. génér.*), 24, pl. Sainte-Gudule, Bruxelles. **TÉLÉPHONE 1429.**

Mamelzer et fils (*Manufacture dentaire*), 40, rue Croix-des-Petits-Champs, Paris.

Al. Maylaënder (*Reliures en tous genres*), 67, rue Daguerre, Paris.

A. Mellottée, imprimeur de *L'Odontologie* à Chateauroux.

P. Périé fils (*Fournitures générales*), 7, place Lafayette, Toulouse.

B. Platschick (*Prothèse à façon*), 3, rue Ventadour, Paris. **TÉLÉPHONE 222.82.**

Reymond frères (*Fournitures générales.*)
22, rue Le Peletier, Paris.
44, place de la République, Lyon.
69, rue de la Croix-de-fer, Bruxelles.
3, rue Petitot, Genève.

Victor Simon et Cie (*Four. gén.*), 54, rue Lamartine, Paris. **TÉLÉPHONE 269-45.**

Société Française de Fournitures Dentaires.
58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris
TÉLÉPHONE 214-47.
45, r. de la République, Lyon.
Grande exposition, au dépôt de Paris, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes.

Syndicat Français (*Recouvrements d'honoraires*), 131, boul. Sébastopol, Paris.

Vve J. Wirth (*Manufacture dentaire*), 222-224, avenue Philippe-Auguste, Paris.



TRIBUNE OUVERTE.

QUESTIONS ET RÉPONSES.

N. B. Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier les questions qui nous seront adressées et nous serions heureux que cette insertion provoquât des réponses, que nous accueillerons tout en *déclinant toute responsabilité au sujet des opinions émises.*

Toutefois nous ne pouvons donner suite qu'aux questions ou réponses signées; mais la publication peut en être faite sous un pseudonyme choisi par l'auteur. *Prière de ne pas insérer ces communications dans le corps d'une lettre, mais sur feuillet spécial écrit d'un seul côté.*

? N° 172. — *A quoi faut-il attribuer la teinte rougeâtre que prennent certaines dents anglaises après le travail de la soudure?* J. P.

? N° 176. — *Dans la pratique de l'anesthésie par le protoxyde d'azote, est-il préférable d'employer la méthode de F. Mervitt (protoxyde et oxygène)? Cette méthode fait-elle encourir plus de responsabilité que l'emploi de la cocaïne*

UN ABONNÉ.

? N 184. — *Un dentiste (non pourvu du diplôme de la faculté) peut-il légalement mettre sur sa porte d'entrée une plaque ainsi conçue :*

M. X...

Maladies de la bouche et des dents.

? N 185. — *Un chirurgien-dentiste de la faculté le peut-il?*

L. J.

☞ *Réponse* (184). — Le dentiste, non diplômé, s'il n'est dans les conditions fixées par les dispositions transitoires de la loi du 30 novembre 1892, c'est-à-dire *patenté*, n'a aucun droit d'exercer ni, par conséquent, d'apposer une plaque quelconque sur sa porte d'entrée.

S'il est patenté, il a presque tous les droits du chirurgien-dentiste, sauf notamment en ce qui concerne l'anesthésie, et il y a lieu, dès lors, de se reporter à la réponse que nous avons faite au n° 186.

Le danger de semblables annonces, alors même qu'elles ne constitueraient pas une usurpation de titre, c'est de rendre possible, de la part des intéressés, quand il se produit quelque fait d'exercice illégal de la médecine, une action en dommages-intérêts.

F. W.

☞ *Réponse* (185). — Nous estimons que la question est complexe.

Le chirurgien-dentiste a incontestablement le droit de procéder à toutes les opérations et de soigner toutes les affections du système dentaire : nettoyage de la bouche, traitement et obturation des caries, extractions, redressements, etc.

Il peut, de plus, pratiquer seul et sans l'assistance d'un médecin l'anesthésie générale ou locale.

Dans ces limites, l'annonce ne présente rien qui, légalement, puisse prêter à la critique.

Mais si, en fait, ne se contentant pas de soigner les maladies du système dentaire proprement dit ou celles qui s'y relient intimement, le praticien soignait une *maladie de la bouche* dont l'origine ne se rattacherait pas à une affection des gencives ou des dents, il empiéterait sur les attributions du médecin.

F. W.

? N° 186. — *Est-il vrai qu'un dentiste américain diplômé d'Amérique (école quelconque), même patenté en Amérique avant la promulgation de la loi française de 1892, ne peut exercer en France, aucune équivalence de diplôme n'étant établie? — Il faut, à mon avis :*

1° *Passer son examen de certificat d'études;*
2° *Faire trois années régulières d'études dans une école dentaire;*
3° *Obtenir le diplôme de chirurgien-dentiste de la Faculté.*

UN ABONNÉ.

☞ *Réponse.* — Il n'est pas douteux que l'obligation du diplôme, résultant de l'application de la loi du 30 novembre 1892, a trait exclusivement au diplôme français, et qu'un diplôme américain, pas plus qu'une patente de même origine, ne peut produire effet en France (L. 1892, art. 5 § 1).

Il faut donc, à défaut de patente, qu'un étranger qui veut pratiquer en France justifie de l'obtention du diplôme exigé par la loi française et enregistré dans les conditions déterminées par l'art. 9 § 1 de la loi de 1892, diplôme décerné après examen subi dans un établissement supérieur médical de l'Etat (*Cass* 9 *novembre* 1899, *L'Odontol.* 1900, 139, et 1901, 98 et 209; — *C. Paris*, 22 *décembre* 1899, *L'Odontol.* 1900, 238; — *Trib. Lille*, 1er *avril* 1901, *L'Odontol.* 1901, 53 et 517.

Les médecins venus de l'étranger et antérieurement autorisés à exercer ne continuent de jouir de cette autorisation que dans les conditions où elle leur a été donnée, et elle reste, d'ailleurs, toujours révocable au gré de l'autorité qui l'a accordée (L. 30 nov. 1892, art. 28; — C. Etat, 28 février 1896. *Dalloz*, 1897, 3, 22).

Aux termes de l'art. 5 § 2 de la loi de 1892, des dispenses de scolarité et d'examen peuvent être accordées par le ministre, conformément à un règlement délibéré en Conseil supérieur de l'instruction publique.

Mais, en aucun cas, les dispenses accordées pour l'obtention du doctorat ne pourront porter sur plus de 3 épreuves.

Ce texte, d'ailleurs ne s'applique qu'aux docteurs en médecine et non aux dentistes (V. décret du 25 juillet 1893, art. 6).

F. W.

? N° 187. — *Un dentiste installé dans une ville a-t-il le droit de se rendre dans une ville voisine, afin d'y opérer, tenir un cabinet 2 fois par semaine, alors qu'il y a déjà dans cette ville un dentiste patenté et à demeure?*

? N° 188. — *Un dentiste, continuant en son nom, l'exploitation de son cabinet, peut-il adjoindre ce nom, sur une plaque-enseigne ou des imprimés, à un autre nom, celui, par exemple, d'un associé, qui exerce déjà comme dentiste patenté dans une autre ville, — les 2 dentistes ayant, d'ailleurs, chacun un cabinet fonctionnant régulièrement et séparément?*

L. P.

☞ *Réponse* (187). — Rien dans la loi ne s'oppose à ces tournées dentaires. La présence d'un dentiste patenté ne constitue pas un obstacle; la concurrence est libre.

Mais, bien entendu, si le champ d'opérations doit s'étendre sur un département autre que celui où l'on pratique d'ordinaire, il faut faire enregistrer à nouveau son diplôme (L. 30 nov. 1892, art. 9 § 2).

☞ *Réponse* (188). — Le dentiste, ayant le droit de s'associer, peut ajouter au sien le nom de son associé sur ses imprimés ou une plaque-enseigne.

Nous rappelons, pour ce cas, à notre correspondant, l'art. 32 de la loi de 1892, relatif à la patente.

F. W.

ERRATUM.

Dans le n° de *L'Odontologie* du 15 novembre 1901 page 495, ligne 8e, lire 35 0/0 au lieu de 55 0/0.

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

Première assemblée générale tenue à Cambridge le 7 août 1901.

Discours d'ouverture de Sir MICHAEL FOSTER,

Délégué du vice-chancelier de l'Université.

L'antique Université dans laquelle je viens d'avoir le plaisir de vous souhaiter la bienvenue et qui compte parmi ses illustrations, en outre des noms que votre président a cités, celui de Guillaume Harvey, offre des traits appartenant quelque peu au moyen âge, qu'ont perdus d'autres Universités, mais qui ont été modifiés par la civilisation moderne.

Dans les premiers temps de l'Université quiconque obtenait le titre de docteur acquérait par cela même le droit d'enseigner. Celui-là, à cette époque primitive, enseignait dans la salle qu'il pouvait trouver, qu'il louait dans ce but avec ses maigres honoraires ou qui lui était fournie par la générosité d'autrui. Ses élèves vivaient de même où ils pouvaient, quelquefois dans des logements que leur bourse peu remplie leur permettait d'occuper, quelquefois chez des bienfaiteurs hospitaliers. Avec le temps l'Université fut en état d'abriter ses professeurs, sinon tous ses docteurs, du moins ceux qu'après un certain délai elle considérait comme ses professeurs. De leur côté, les étudiants trouvèrent avantageux de se réunir dans les logis communs auxquels on donna le nom d'hôtels.

Dans beaucoup d'autres pays autres que l'Angleterre, tandis que les locaux offerts par l'Université à ses professeurs ont pris un vaste développement et que toutes les Universités possèdent maintenant leurs amphithéâtres de cours, leurs musées, leurs bibliothèques, leurs laboratoires et leurs salles des fêtes pour les solennités, les hôtels ont disparu et les étudiants sont obligés de se chercher des logements privés.

En Angleterre, par contre, le pays ayant été pendant des années à l'abri de l'invasion et des destructions causées par la guerre, les hôtels ont prospéré de plus en plus. Avec le temps, après un rattache-

ment momentané à des ordres religieux, ils se sont transformés en ce que nous appelons ici des *collèges*, c'est-à-dire des hôtels en ce sens que ces établissements fournissent le logement aux étudiants, mais ils font beaucoup plus en ce sens que, en outre de ce que fait l'Université, ils donnent un enseignement très varié et sont en relations particulières avec l'Université elle-même. Chaque *collège* est en fait sous bien des rapports, à Cambridge, une petite Université dans la grande, la mère. Nous comptons à Cambridge dix-sept collèges, en outre d'établissements que nous considérons comme des hôtels et que nous qualifions de ce nom, dix-sept petites Universités ayant des relations multiples avec l'Université elle-même et donnant une grande partie de l'enseignement, remplissant en somme toutes les fonctions de l'Université, sauf la collation des grades.

Un pareil état de choses ne pouvait manquer de provoquer une certaine rivalité entre la mère et les dix-sept filles. La prospérité des collèges était plus ou moins l'ennemie de celle de l'Université et pendant plusieurs années l'Université, distincte des collèges, languit quelque peu. Pendant la dernière génération cependant elle se développa beaucoup.

Vous êtes réunis aujourd'hui dans une Université qui, comme sa sœur d'Oxford, porte plus distinctement que la plupart des autres Universités d'Europe l'empreinte des premiers temps de l'histoire et du moyen âge, conservée par la suprématie des collèges. Vous reconnaîtrez cela dans l'orientation et les rapports réciproques des études spécifiées dans le programme. Autrefois une Université comptait trois facultés : la théologie, le droit et la médecine, correspondant aux trois branches que comprenait alors l'exégèse des livres. L'Université avait en effet un but pratique et seules ces trois branches nécessitaient l'exégèse ; le soldat, le commerçant et l'industriel pouvaient s'en passer. Plus tard fut créée une Faculté des arts pour protéger et faire progresser ces études plus générales qui servaient d'introduction aux trois études pratiques spéciales. Le candidat au doctorat en théologie, en droit ou en médecine passait beaucoup de temps à acquérir ces connaissances générales avant de se spécialiser pour sa profession. Avec le temps les collèges entreprirent vigoureusement cette étude commune, laissant les études plus professionnelles à l'Université elle-même. Bien plus, en partie par suite de leur origine, de leurs relations primitives avec les ordres religieux, en partie par suite d'autres influences, les collèges et avec eux l'Université devinrent de plus en plus associés avec l'Eglise, l'Eglise anglicane établie. Et en réalité au début et même au milieu du siècle passé, l'Université et les collèges semblaient faire partie de l'Eglise. L'Université devint l'établissement où s'instruisait presque tout le clergé et lui donnait tout ce dont il avait besoin, tandis que quelques

juristes seulement et un plus petit nombre de docteurs recherchaient son aide et recevaient chez elle non pas une instruction professionnelle, mais seulement une instruction générale. La dernière génération a cependant vu beaucoup de changements. Les liens avec l'Eglise se sont relâchés, les études professionnelles ont été encouragées et non seulement les ecclésiastiques, les hommes de loi et les médecins, mais encore des hommes appartenant à d'autres professions, à d'autres carrières, l'ingénieur, l'agriculteur, le commerçant, le négociant, le manufacturier et même le soldat frappent à sa porte et recherchent une instruction spéciale, aussi bien qu'une instruction générale.

Actuellement cette Université s'occupe, comme d'autres établissements d'enseignement, de cette question : « Quel est le meilleur mode d'instruction pour chaque profession et chaque carrière? », qui vous agite aussi.

Tous, je puis le dire, sont unanimes à penser que l'enseignement doit être donné dans la forme d'un cône, reposant sur une base large et se rétrécissant vers son sommet, car c'est la balle conique qui a un pouvoir de pénétration. Dans le tourbillon et la violence de la vie actuelle une instruction arrondie faisant d'un homme une sphère mentale ne convient pas par elle-même. Les sphères tournent rapidement l'une sur l'autre et l'instruction sphérique peut être bonne dans la société, mais ne convient pas à une profession. La balle ronde jetée contre une surface peut y faire un trou, mais le plus souvent elle rebondit simplement, tandis que le cône, on peut y compter, la forera certainement, et l'homme dont l'instruction est conique fait son chemin.

Pour chaque profession le cône doit être différent, doit avoir diverses formes, quoique dans chaque cas il doive partir de la même base large, c'est-à-dire la discipline de l'école, c'est à-dire l'école de l'enfant. Je dis la discipline et non l'enseignement de l'école, car le but du maître d'école doit être dans tous les cas la formation de l'esprit, la préparation de l'instrument et non le remplissage de la bouteille. Le développement des habitudes d'exactitude, d'application, de vigilance, plutôt que l'acquisition de la simple connaissance des faits est le véritable héritage de l'école, et, pour prendre ces habitudes, ce que l'enfant apprend importe moins que la façon dont il apprend.

C'est avec une base large d'une instruction scolaire générale que l'enseignement professionnel se termine en pointe et nous arrivons ainsi à la question qui nous intéresse aujourd'hui, c'est-à-dire la terminaison en pointe de l'enseignement qui convient le mieux au dentiste et le moyen le plus propre à le donner. A cet égard il n'est pas à propos que je fasse autre chose que de présenter quelques réflexions générales.

Le dentiste est un guérisseur ; il est chargé d'une petite portion de l'organisme de l'homme ; mais cette portion, quoique restreinte, est humaine ; elle a ses maladies, ses défauts, et le dentiste a pour mission d'y remédier, en y appliquant le meilleur des traitements, c'est-à-dire le traitement préventif. L'instruction du dentiste est, dans une large acception, celle d'un guérisseur.

Je me souviens que dans ma jeunesse un chirurgien célèbre disait habituellement qu'un chirurgien était un médecin et quelque chose de plus, voulant indiquer par là qu'il devait posséder une connaissance générale de la maladie tout comme le médecin, et qu'il devait de plus connaître non seulement certains caractères de la maladie que le médecin pouvait négliger, mais encore acquérir une certaine habileté manuelle dont le médecin n'avait jamais besoin. D'une manière quelque peu analogue nous pouvons dire que le dentiste est un chirurgien et quelque chose de plus. Il doit, comme le médecin, posséder une connaissance générale de la maladie et, comme le chirurgien, une certaine habileté manuelle; mais, en outre, il lui faut acquérir une certaine dextérité dont le chirurgien n'a jamais besoin et posséder une connaissance spéciale de la métallurgie, de la chimie, de la physique et de parties de la mécanique que ni le médecin ni le chirurgien n'ont nul besoin de connaître.

Tout savoir est utile, mais la puissance de l'esprit humain pour l'acquérir et le conserver est limitée. Nous ne pouvons pas tout savoir. Le chirurgien n'a pas besoin de connaître tous les petits détails de la profession médicale, s'il veut exceller vraiment dans son art ; il ne peut pas à la fois être un chirurgien accompli et posséder tous les détails de l'auscultation et de la pathologie des nerfs si embrouillée. De même le dentiste, pour exceller dans son art, ne peut pas espérer savoir tout ce que le médecin et le chirurgien doivent savoir. Cela posé, où devons-nous commencer à spécialiser l'instruction du dentiste, à la mettre en pointe, car elle doit être spécialisée ? Comment allons-nous différencier l'instruction de ce guérisseur spécial de celle du guérisseur général, le médecin ou le chirurgien ?

L'instruction du docteur en médecine est en partie générale, en partie spéciale. Son instruction générale doit être aussi complète qu'il est possible ; il ne peut pas trop savoir, il ne peut pas trop apprendre sur les maladies réelles et ses divers moyens de les combattre. Son instruction générale repose sur une base différente. Le but de celle-ci est de lui permettre de comprendre et de juger le savoir spécial qu'il doit acquérir et, bien qu'à un point de vue aucune instruction générale ne puisse être trop large, au point de vue des besoins de la vie réelle il lui suffit d'une instruction générale qui assure cet objet et qui le prépare à l'instruction spéciale qui la suit. Le principal élément de l'instruction générale du médecin est celui-ci : il doit

connaître la pathologie générale, la nature du processus des maladies. Voilà l'élément central, fondamental, absolument nécessaire pour la compréhension de la nature véritable des maladies de l'individu, et le temps consacré à cela est du temps sagement et économiquement employé. De plus il doit connaître la physiologie et l'anatomie, mais là il n'a pas besoin de pousser ses études plus loin qu'il ne faut pour posséder clairement et complètement les vérités de la pathologie et les lois de la santé et pour fixer dans son esprit les détails d'anatomie topographique afin qu'ils y soient toujours présents au bon endroit dans sa pratique de médecin ou de chirurgien. Enfin il doit connaître la physique et la chimie, car, sans une certaine connaissance de ces sciences, il ne peut pas comprendre la physiologie et il ignorera absolument la pathologie.

Le dentiste, comme le médecin, a besoin d'une instruction générale et d'une instruction spéciale. Que dire de la première ? Et quand je dis *dentiste*, je parle du dentiste scientifique, de celui qui agit non par une simple règle manuelle, mais dans la plénitude du savoir scientifique et d'après des principes scientifiques, car c'est seulement celui-là, j'imagine, qui nous intéresse ici. Que doit faire le dentiste scientifique en matière d'instruction générale ?

Je pense ne pas me tromper en disant que, comme le médecin, il doit posséder une connaissance générale de la pathologie. Il a affaire à la maladie, aux maladies des dents et même de la bouche et il doit bien connaître les vérités générales de la pathologie. Il n'a pas besoin d'entrer dans les détails de la maladie plus avant qu'il ne faut pour comprendre les processus morbides généraux et les voies communes dans lesquelles l'organisme vivant éprouve des atteintes. Mais il peut avec avantage être amené à consacrer un temps considérable à cette partie de la pathologie qui enseigne comment beaucoup des maladies auxquelles la chair est exposée, même dans ses parties les plus dures, sont l'œuvre des organismes les plus petits, sont des fléaux engendrés par des bâtonnets invisibles. Ce que nous appelons bactériologie doit, en tant qu'il s'agit de maladies, être une partie essentielle du savoir de chaque dentiste. En outre le dentiste a besoin, comme le médecin, d'une connaissance de la physiologie et de l'anatomie lui permettant de posséder la pathologie, mais il n'a pas besoin des détails de l'anatomie topographique du corps en grand et peut les remplacer par la connaissance de l'anatomie et de la physiologie des dents, plus complètement et plus spécialement que cela n'est nécessaire pour le médecin. Une pareille instruction générale est plus ou moins commune au dentiste et au médecin ; mais la première a également besoin d'une instruction générale, c'est-à-dire préparatoire, absolument inutile pour le second.

Depuis longtemps le public ne juge plus principalement la valeur

d'un dentiste d'après la rapidité et l'absence de douleur avec lesquelles il débarrassait son patient de choses qui ne pouvaient jamais être remplacées. L'art du dentiste est maintenant surtout conservateur et restaurateur, et, si le dentiste veut réussir dans la restauration, il doit connaître la nature des substances avec lesquelles il restaure et les lois physiques et mécaniques de la restauration qu'il entreprend. Si, afin de lutter comme il convient avec la maladie, il doit partager l'instruction générale du médecin, il lui faut, pour lutter avec les difficultés de la réparation des ravages de la maladie qui n'a pu être prévenue, posséder une autre instruction générale d'une nature tout à fait différente. Il doit connaître au moins quelques-uns des mystères de la métallurgie, avoir une connaissance scientifique des propriétés physiques et chimiques des différentes matières qu'il emploie pour construire et apprendre quelque chose de ce qu'on pourrait appeler une branche spéciale de l'art de l'ingénieur. Il doit apprendre des choses et des procédés totalement ignorés du médecin et du chirurgien. Bien plus, pour réussir dans sa profession, il doit connaître non seulement théoriquement mais pratiquemement les choses dont je parle. De même que le jeune médecin commence son service à l'hôpital par des pansements et un rôle de garde-malade, de même que le général qui commande des armées doit commencer par faire l'exercice comme simple soldat dant la cour de la caserne, de même que le jeune ingénieur met une blouse pour fréquenter l'atelier, de même le jeune dentiste doit passer le temps voulu à l'établi.

Autant l'instruction du dentiste doit être commune avec celle du médecin, autant elle doit être spécialisée dans une seule voie, si le cône d'instruction doit avoir une pointe efficace.

La profession dentaire a sans aucun doute beaucoup à gagner à bien des égards à une alliance intime avec la profession médicale. Le fait qu'elle est une branche de la grande et puissante famille médicale lui donne des avantages nombreux et considérables et ce serait folie que de la priver de ces avantages en demandant le divorce, à moins que celui-ci ne soit vraiment nécessaire.

L'instruction d'un dentiste doit avoir pour but et pour seul but d'en faire un ouvrier aussi sûr et aussi utile qu'il est possible. Si, comme cela semble probable, dans le fracas des hommes et des choses les esprits ordinaires ne peuvent pas dans des circonstances ordinaires produire cette utilité et en même temps acquérir une instruction médicale complète, une certaine séparation semble inévitable. Cette séparation, cependant, ne doit pas être un divorce, mais simplement une divergence ou une différence, la revendication d'un sommet séparé allant de pair avec la reconnaissance d'une base commune.

Le 1er vol. du Congrès, contenant toutes les Assemblées générales, est à peu près terminé; il sera adressé aux adhérents dans le courant du mois de janvier.

Nous prions ceux de nos lecteurs qui n'étaient pas adhérents au Congrès et qui désirent recevoir les 3 volumes d'envoyer au plus tôt leur adhésion.

Les fournisseurs et fabricants de produits dentaires qui voudraient utiliser la publicité jointe à ces volumes, qui doivent être tirés à 1.600 ex. : d'en aviser immédiatement M. le Dr Sauvez, 17, rue de Saint-Pétersbourg.

Avis relatif au recouvrement des cotisations

Les membres de l'Association et les abonnés du Journal domiciliés dans les *Colonies* ou à *l'Etranger*, qui ont des *cotisations en retard*, sont priés de bien vouloir en adresser le montant, en un mandat-poste international ou en un chèque sur un établissement financier de Paris.

Pour L'ASSOCIATION, au *Trésorier :* Jules d'Argent................ } 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris.
Pour le JOURNAL, à l'*Administrateur Gérant :* Ed. Papot............. }

GROUPEMENT DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Trois Médailles d'argent et une Médaille de bronze

à l'Exposition universelle de 1900

Tous les dentistes, médecins, fournisseurs pour dentistes, désirant faire partie de la Société civile de l'Ecole dentaire de Paris, de la Société d'Odontologie de Paris, de l'Association générale des dentistes de France, remplissant les conditions stipulées aux statuts, devront adresser une demande d'admission au Président, contresignée de deux membres de la Société.

Pour tous renseignements, s'adresser à l'Ecole dentaire de Paris 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

BUREAU POUR L'ANNÉE 1901

MM. Dr **E. Sauvez**, ✿, *président.*
Choquet, ✿, *vice-président.*
de Marion, ✿, *vice-président.*

MM. **Mendel-Joseph**, *secrétaire général.*
Charpentier, *secrétaire des séances.*
de Croës, *secrétaire des séances.*

MM. **L. Richard-Chauvin**, I ✿. | **Touvet-Fanton.** } *Administrateurs délégués par le Conseil de Direction de l'Ecole Dentaire de Paris.*

PRÉSIDENT HONORAIRE : M. **Poinsot**, I ✿.

Les réunions de la Société ont lieu le premier mardi de chaque mois.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

CONSEIL DE DIRECTION POUR L'ANNÉE 1901

BUREAU

MM. Dr **Roy**, ✿, *président.*
De Marion, ✿, *vice-président.*
Audy, *vice-président.*

MM. **Stévenin**, *secrétaire général.*
Billet, *secrétaire adjoint.*
Rollin, ✿, *trésorier.*

PRÉSIDENT HONORAIRE : M. **Poinsot** I ✿.

MEMBRES DU CONSEIL

PARIS

MM. **Claser** ✠, **D'Argent** ✿, **Devoucoux**, Dr **Godon** ❊, ✿, **Lemerle**, I ✿, Dr **Maire**, **Martinier**, ✿, **Ed. Papot**, ✠, ✿, **Richard-Chauvin**, I ✿, Dr **Sauvez**, ✿, **G. Viau** ❊, I, ✿,

PROVINCE *(Nord-Est).*

Audy (Senlis), **Chouville** (Saint-Quentin).

Sud-Est.

MM. Dr **Pont** (Lyon), **Schwartz** ✿ (Nîmes).

Nord-Ouest.

Coignard (Nantes), **Richer** (Vernon).

Sud-Ouest.

Douzillé (Agen), **Torres** (Bordeaux).

MEMBRES HONORAIRES

MM. **Aubeau** (Dr) I ✿, **Berthaux**, **Debray** père, **Dugit** père, **Dugit** (**A.**), **Gardenat**, **Pillette**, **Ronnet** ✿, **Wiesner**, ❊, ✿.

COMITÉ SYNDICAL

MM. **Stévenin**, *président* ; **Devoucoux**, *secrétaire*; **Billet**, **De Marion**, **Papot.**

CAISSE DE PRÉVOYANCE

MM. **Billet**, **Devoucoux**, **Papot**, **Rollin**, **Stévenin.**

AVANTAGES OFFERTS AUX MEMBRES DE L'ASSOCIATION

Service gratuit de *L'Odontologie.*

Conditions particulières consenties par la Cie d'assurances l'*Union*

Conditions spéciales consenties par **M. Vinsonnaud**, attaché au service « *Accidents* » de la Compagnie d'assurances « *La Foncière-Transports* ».

1re annuité, réduction de **7 0/0** à l'intéressé.
— versement de **3 0/0** à la Caisse de secours de l'Association.

21e ANNÉE. N° 23 15 DÉCEMBRE 1901 VOL. XXVI



L'Odontologie est une **TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

PROTESTATION

Des Membres du Conseil d'administration de l'École dentaire de Paris

CONTRE QUELQUES ALLÉGATIONS

Formulées au Conseil de surveillance de l'Assistance publique dans la séance du 20 juin 1901.

Dans la séance du 20 juin dernier du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, M. le professeur Brouardel, prenant la parole dans la discussion sur le concours pour la nomination de dentistes des hôpitaux, a formulé diverses allégations intéressant les écoles dentaires. Le Conseil d'administration de l'École dentaire de Paris, mis au courant de l'incident après la séance, s'est ému de ces allégations, car l'École dentaire de Paris semblait être très nettement désignée dans un passage du discours de M. Brouardel. Aussi, nous sommes-nous empressés d'adresser au président du Conseil de Surveillance une protestation énergique contre les dites allégations, que nous considérions comme calomnieuses à l'égard de l'institution dont

nous assumons l'administration et de nature à porter atteinte à notre honorabilité.

A la séance du 4 juillet suivant, M. Brouardel s'opposa à la lecture de notre lettre de protestation, arguant du caractère secret des séances du Conseil de surveillance.

On pourrait discuter sur la validité de cet argument, étant donné que le Conseil de Surveillance fait partie d'un service public; mais, s'il pouvait avoir quelque valeur le 4 juillet, alors que, seuls, les membres du Conseil de surveillance pouvaient être considérés comme ayant eu connaissance des paroles incriminées par notre lettre, il n'en est plus de même aujourd'hui. En effet, elles sont reproduites *in extenso* dans les procès-verbaux du Conseil qui sont remis à un grand nombre de personnalités, à tous les membres de la 5ᵉ commission du Conseil municipal, à différents services administratifs, etc. Beaucoup de personnes ont donc pu lire les allégations de M. Brouardel tout à loisir et les répandre publiquement ; nous n'en voulons pour preuve que leur récente publication dans différents journaux professionnels [1].

C'est pourquoi nous ne nous contentons plus aujourd'hui d'une simple lettre de protestation au président du Conseil de Surveillance, et nous prenons la liberté d'adresser à tous ceux qui ont pu avoir connaissance des paroles de M. Brouardel une brève réponse aux allégations calomnieuses qu'elles contiennent.

S'il s'agissait d'une toute autre personne, nous pourrions n'attacher à ces paroles qu'une importance très relative ; mais elles émanent de l'ancien doyen de la Faculté de médecine, institution à laquelle se trouvent rattachées les écoles dentaires par les examens officiels, elles émanent d'une personnalité qui, en venant présider les séances de réouverture de nos cours à diverses reprises (1885, 1893, 1896), nous avait, sans y être contrainte en aucune façon, publiquement pro-

1. Voir *Revue de Stomatologie*, septembre 1901 ; *Le Monde Dentaire*, septembre 1901.

digué les marques de sa sympathie et de son estime. Aussi sommes-nous particulièrement indignés de voir cette même personnalité, alors qu'elle pense que ses paroles resteront secrètes, se livrer à des attaques contre ces écoles dentaires qu'elle chérissait publiquement. Nous sommes d'autant plus autorisés à intervenir en la circonstance que, dans son discours, si les calomnies sont adressées à toutes les écoles sans exception, la nôtre est au début très nettement désignée quand l'orateur dit : « *La Faculté a bien voulu les* (les écoles dentaires) *considérer comme des annexes et déléguer quelques-uns de ses agrégés pour y professer.* »

L'École dentaire de Paris, en effet, est la *seule* école dans laquelle, comme le dit M. Brouardel, des agrégés aient été délégués officieusement par lui pour y faire des cours.

Dans ces conditions, l'indignation n'est-elle pas légitime de la part de gens qui, comme nous le faisons depuis vingt ans, donnent gratuitement l'enseignement dans un but absolument désintéressé et qui ont bénévolement créé dans notre pays un enseignement qui n'existait pas avant nous.

Nous n'avons pas l'intention de revenir sur la discussion engagée au sujet du concours pour la nomination de dentistes des hôpitaux, puisque la question est maintenant tranchée par un vote du Conseil de Surveillance. Quelles qu'aient été nos préférences, il ne nous reste pour l'instant qu'à voir appliquer le nouveau programme auquel les écoles dentaires étaient directement intéressées, puisque les dentistes des hôpitaux sont les examinateurs aux examens de chirurgien-dentiste. Sans doute il nous serait facile de relever les contradictions incessantes de M. Brouardel, proclamant autrefois la nécessité absolue pour l'exercice de l'art dentaire d'une habileté manuelle consommée et rejetant aujourd'hui toute idée d'épreuves pratiques dans le programme du concours en question[1] ; mais nous ne nous attarderons pas à cette discussion, notre protestation a des motifs plus graves.

---

1. Voir *Procès-verbaux du Conseil de surveillance de l'Assistance publique*, 13 juin 1901. Discours de M. Worms.

M. Brouardel, en effet, d'après les procès-verbaux du Conseil de Surveillance de l'Assistance Publique, séance du 20 juin 1901, page 698, a prononcé les paroles suivantes :

« Il convient d'insister surtout sur les inconvénients que ne manquerait pas d'avoir une telle exigence[1] : elle dispenserait le candidat au concours du stage dans les services dentaires hospitaliers ; ce stage serait remplacé par un stage dans les écoles dentaires. *Or, celles-ci n'exercent aucun contrôle sérieux sur la scolarité effective des élèves inscrits : beaucoup d'élèves n'ont pénétré dans l'école que le jour de leur inscription.* »

C'est là une affirmation d'une gravité extrême pour les écoles dentaires, car, en vertu des décrets et règlements existants, ces faits, s'ils étaient démontrés, devraient amener l'annulation de toutes les inscriptions des écoles incriminées.

Nous protestons formellement, en ce qui nous concerne, contre ces paroles.

Nous n'avons pas, en la circonstance, à nous occuper de ce qui se passe dans les autres écoles dentaires, et si, pour quelqu'une d'entre elles, les faits signalés étaient vrais, cela prouverait de la part de l'administration académique une négligence qui nous surprendrait en raison du contrôle incessant et minutieux auquel sont soumis les registres d'inscription de notre Ecole.

Nous nous permettons aussi de faire remarquer à M. Brouardel, qui, nous le pensons, n'a pas dû avancer des faits aussi graves sans preuves à l'appui, qu'il encourt de ce fait une part considérable de responsabilité. En effet, représentant de la Faculté de médecine et, à ce titre, ayant un devoir de contrôle sur les examens de chirurgien-dentiste et sur la validité des inscriptions qui donnent le droit de s'y présenter, il aurait gravement manqué à ses devoirs en ne signalant pas ces faits à l'autorité académique et en signant

---

1. L'obligation du diplôme de chirurgien-dentiste pour les candidats au concours de dentiste des hôpitaux.

ainsi des diplômes qui avaient pu être obtenus avec des inscriptions frauduleuses.

Quoi qu'il en soit, M. Brouardel n'ayant fait aucune distinction entre les différentes écoles, nous tenons, pour les motifs indiqués précédemment, à protester énergiquement, en ce qui nous concerne, contre ces allégations, *que nous mettons qui que ce soit au défi de justifier*. Nous sommes d'autant plus peinés de cette calomnie que, non seulement depuis la loi de 1892, mais depuis la fondation de notre École, c'est-à-dire depuis 1880, les administrateurs de l'École dentaire de Paris se sont toujours attachés à ne délivrer que des inscriptions absolument régulières, ainsi qu'en peuvent témoigner les inspecteurs d'Académie chargés du contrôle de nos registres d'inscriptions.

Bien plus, dans quelques cas susceptibles de discussion, les inspecteurs d'Académie désignés ont toujours reconnu, après enquête, la parfaite régularité des inscriptions délivrées et du contrôle exercé par l'École sur la scolarité des élèves.

Mieux encore, nous pourrions nous borner à un simple contrôle d'inscription et de présence, ce qui serait suffisant pour être en règle avec les prescriptions académiques; mais, faisant de l'enseignement uniquement dans le but de satisfaire à l'idéal que nous nous formons du dentiste et non dans un but mercantile, nous tenons à nous assurer des connaissances techniques de nos élèves. C'est pour cette raison qu'à l'École dentaire de Paris nous nous livrons à un contrôle journalier et minutieux des travaux pratiques de nos étudiants, auxquels nous n'accordons nos inscriptions que s'ils ont exécuté, avec des notes satisfaisantes, les travaux pratiques fixés par nos règlements particuliers.

Nous nous trouvons donc ainsi exiger de nos élèves des garanties beaucoup plus grandes que ne le prescrit l'administration académique; celle-ci nous a même reproché notre sévérité, mais elle a dû, sur ce point aussi, reconnaître notre droit absolu [1].

---

1. Voir *L'Odontologie*, février 1901, p. 99. *Les Écoles dentaires ont-elles le droit d'imposer des examens à leurs élèves?* par le Dr Maurice Roy.

Ce qu'il y a de plus étrange, c'est de voir M. Brouardel mettre en opposition avec le stage dans les écoles, si peu sérieux d'après son dire, le stage dans les services dentaires hospitaliers où, dit-il : « *le contrôle des présences est organisé et les certificats de stage ne sont délivrés qu'à bon escient.* »

Nous mettons l'orateur au défi de justifier cette nouvelle allégation. Nous lui ferons même respectueusement observer qu'il ferait peut-être bien, avant de critiquer ce qui se passe chez les autres, de voir un peu ce qui se passe dans ses services dentaires hospitaliers auxquels il délivre ainsi un certificat de régularité. Il rendrait un signalé service à la *Société médicale des dentistes des hôpitaux* en lui fournissant un projet de réglementation du stage dans ces services dentaires, car cette Société, dans sa dernière séance, *constatant justement qu'il n'existe aucun contrôle sérieux du stage dans les services dentaires hospitaliers* (et les membres de cette Société, tous dentistes des hôpitaux, doivent avoir quelques renseignements à cet égard), décidait d'inscrire l'étude de cette question pour une de ses prochaines séances.

M. Brouardel, dans son discours, a tenu à dénigrer autant qu'il a pu les chirurgiens-dentistes tels que les a créés la loi de 1892, à l'élaboration et au vote de laquelle il a cependant pris une part si importante ; aussi ne s'est-il pas contenté de calomnier les écoles pour enlever dans l'esprit de ses auditeurs toute confiance dans l'enseignement de ces institutions, il s'est efforcé également de dénigrer les examens de chirurgien-dentiste et particulièrement le 3e examen, l'examen technique, les deux autres ne comportant que de l'anatomie et de la pathologie générale.

« *Nous ne sommes pas parvenus,* dit-il, *à instituer un 3e examen probant en vue du diplôme de chirurgien-dentiste. A Paris l'examen a lieu dans les hôpitaux devant un jury émanant de la Faculté, mais l'opinion unanime des maîtres qui font partie du jury est que l'épreuve de prothèse dentaire ne présente aucune ga-*

rantie sérieuse. Autant, en effet, la Faculté est à l'aise pour faire passer des examens médicaux chez elle ou à l'hôpital, autant elle est gênée pour présider une épreuve de prothèse dans les hôpitaux où il n'existe pas d'intallation suffisante; l'épreuve est alors réduite à l'ablation d'une dent, au sondage d'un abcès dentaire, quelquefois à l'obturation d'une carie; de toutes manières c'est un examen de pure apparence. »

Si nous admettons un instant la réalité de ces critiques, M. Brouardel voudrait-il nous dire quel serait l'auteur responsable d'un semblable état de choses? Est-ce que ce ne serait pas tout simplement M. le doyen de la Faculté de médecine, lui qui a été chargé d'établir le programme des examens de chirurgien-dentiste et qui a tout au moins joué le rôle prépondérant dans leur élaboration? Il ne se souvenait plus alors de l'incompétence absolue qu'il se reconnaissait publiquement en 1885 ; il est vrai qu'il paraît avoir fait, depuis cette époque, quelque progrès dans notre art, puisqu'il range dans la prothèse (art de la restauration des parties manquantes) l'extraction d'une dent et le sondage d'un abcès dentaire.

Quelque entorse qu'on soit disposé à donner à la vérité, il n'est vraiment pas possible de rendre les écoles dentaires responsables de cet état de choses s'il existe réellement, mais bien M. Brouardel lui-même, organisateur des programmes, et les examinateurs de ce 3ᵉ examen qui, par leur négligence ou leur incompétence, ridiculiseraient cet examen. En effet, un examinateur consciencieux et compétent, même avec le programme dérisoire de ce 3ᵉ examen, peut, s'il veut s'en donner la peine, en imposant une épreuve sérieuse au candidat, s'assurer de l'habileté technique de celui-ci d'une façon moins sommaire que ne veut bien le dire M. Brouardel.

Si l'on songe que les examinateurs de ce 3ᵉ examen sont choisis parmi les dentistes des hôpitaux, on comprendra encore une fois l'intérêt que l'École dentaire de Paris attache à un recrutement convenable de ceux-ci et la part

active qu'elle a prise à la discussion du programme de concours pour ces postes.

Mais enfin, que signifient ces attaques de M. Brouardel qui, jusqu'alors, n'avait eu publiquement, nous l'avons dit, que des paroles de sympathie pour les Écoles dentaires et pour les chirurgiens-dentistes créés par la loi de 1892 ?

Il nous est permis de le deviner par un passage de son discours où il apprend à ses auditeurs que : « *la Faculté avait bien voulu considérer les écoles dentaires comme des annexes, espérant se les attacher un jour par des liens plus étroits.* »

C'est probablement dans ce but qu'on avait demandé en 1894 l'inscription au budget d'un crédit de 50.000 fr. pour créer un enseignement dentaire officiel. M. Brouardel pensait sans doute que ses bonnes paroles amèneraient les Écoles dentaires à jouer le rôle du suicidé par persuasion ; *mais*, ajoute-t-il, avec une pointe d'amertume non dissimulée, *les écoles trompèrent cet espoir*. En effet, l'École dentaire de Paris fit repousser par la Chambre le vote de ce crédit, qui représentait sans doute pour les écoles ce fameux lien plus étroit que M. le doyen de la Faculté voulait leur passer au cou, ainsi qu'en use le sultan avec les amis qui ont cessé de plaire[1]. Et c'est là évidemment la source première des rancœurs de M. Brouardel qui, dans son esprit officiel, ne peut concevoir que quelqu'un cherche à se soustraire à un mandarinat quelconque et qui, au moment de quitter ses fonctions de doyen, veut faire retomber sur les écoles, *qu'il n'a jamais consultées*, les fautes qu'il a commises dans l'organisation de l'enseignement dentaire.

Quoi qu'il en soit, il ne nous était pas possible de laisser

---

1. M. Brouardel commet une erreur un peu grosse en parlant de la reconnaissance d'utilité publique comme ayant été une entrave à un projet d'officialisation des écoles, cette reconnaissance d'utilité publique (décret du 19 février 1892) ayant très notablement précédé le vote de la loi du 30 novembre 1892 et, à bien plus forte raison, la désignation des agrégés sus-indiqués. C'est encore par une erreur semblable que l'orateur veut bien indiquer Lille comme siège d'une école dentaire qui n'a jamais existé.

passer sans réponse les attaques auxquelles s'est livré contre les écoles dentaires un homme que nous avions jusqu'alors des raisons de croire notre ami. Ces attaques sont de nature à porter gravement atteinte à la valeur de l'enseignement de notre École et à notre honorabilité d'administrateurs; c'est pourquoi nous avons tenu à mettre ceux qui avaient eu connaissance de l'attaque au courant d'une réponse que M. Brouardel ne paraissait pas, on l'a vu, très désireux de voir rendre publique.

Pour conclure, il ressort plus particulièrement du discours de M. Brouardel :

1° Des accusations graves contre les écoles dentaires ;

2° Des critiques contre le 3ᵉ examen de chirurgien-dentiste.

En ce qui touche le premier point,

Nous, administrateurs de l'École dentaire de Paris, protestons d'une façon absolue, en ce qui concerne notre institution, contre les accusations de M. Brouardel de n'exercer aucun contrôle sérieux sur la scolarité effective de nos élèves et d'avoir eu des élèves n'ayant pénétré dans notre école que le jour de leur inscription.

Nous protestons contre ces affirmations tant au nom de l'institution que nous représentons qu'en notre nom personnel, notre honorabilité d'administrateurs se trouvant en effet gravement engagée en la circonstance.

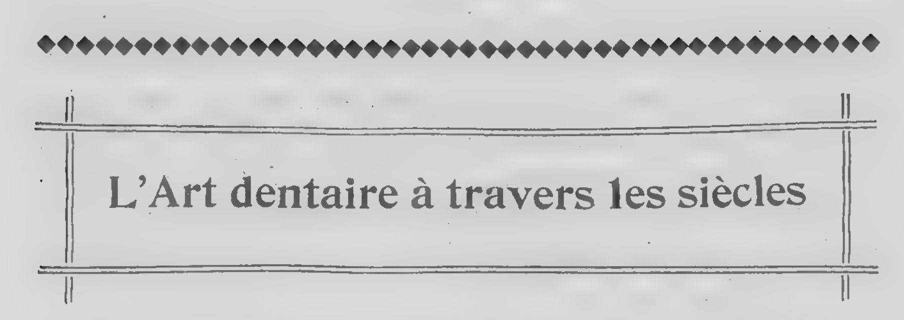
Quant aux critiques adressées au 3ᵉ examen de chirurgien-dentiste, *si l'état de choses que signale M. Brouardel est exact, la responsabilité en remonte uniquement à M. Brouardel lui-même,* organisateur de ces examens, et aux examinateurs qui sont pris parmi les dentistes des hôpitaux. Les écoles dentaires n'y ont aucune part de responsabilité. L'*École Dentaire de Paris*, au contraire, n'a cessé de réclamer une meilleure organisation des dits examens de chirurgien-dentiste et, on l'a vu plus haut, elle exige elle-même, pour délivrer ses inscriptions, des garanties de connaissances techniques beaucoup plus grandes que celles qui sont imposées par les règlements académiques.

Tels sont les faits que nous avons tenu à mettre en lu-

mière. Les accusations de M. Brouardel, en effet, maintenant qu'elles ont été rendues publiques, fourniraient des armes trop faciles aux adversaires des écoles dentaires si elles n'étaient pas réfutées.

Le Président directeur, Dr Ch. Godon.	*Le Directeur adjoint,* P. Martinier.	*Le Secrétaire général,* Dr E. Sauvez.
Les Vice-présidents, Lemerle, G. Viau.	*Le Trésorier,* D'Argent.	*Le Bibliothécaire,* E. Bonnard.

Les membres: L. Bioux, G. Blocman, Charpentier, De Croes, Devoucoux, Gillard, L. Richard-Chauvin, Dr M. Roy, Stévenin, Touvet-Fanton.



L'Art dentaire à travers les siècles

LES ANOMALIES DENTAIRES DANS L'HISTOIRE :

LA CANINE GÉANTE DE GEOFFROY LA GRAND'DENT.

Par Marcel Baudouin.

Geoffroy II, de la maison de Lusignan, redoutable seigneur du moyen âge, devenu légendaire en Poitou, où, comme M. R. de Soubise, il a été aussi appelé « le Diable », est très connu dans l'histoire par son surnom la *Grand'-dent.*

Ce surnom est dû, d'après les anciennes Chroniques, à ce qu'il « *apporta sur terre une dent qui lui yssait hors de la bouche plus d'un pouce* ».

*
* *

Geoffroy II, fils de Geoffroy Ier de Lusignan et d'Eustache Chabot, est mort en 1248. Il a dû naître vers 1198 ; mais on ignore la date exacte de sa naissance [1].

---

1. Pour la biographie de ce personnage, dont l'identité a été longtemps douteuse, consulter surtout les mémoires de M. Charles Farcinet.

1° *Une curieuse médaille de Geoffroy la Grand'dent et l'ancienne famille de Lusignan* (*Revue du Bas-Poitou*, Font.-le-Comte, 1894, p. 15-24). — *Mélanges de Numismatique et d'Histoire, et recherches en Poitou.* Paris, 1895, in-8° p. 77-79.

2° *Deux anciens portraits de Geoffroy la Grand'dent. Revue du Bas-Poitou*, 1884, p. 408-410, 2 *fig.* Tiré à part, in-8°, 2 p.

3° *Un dernier mot sur quelques documents sur Geoffroy de Lusignan dit la Grand'dent*, etc. (*Revue du Bas-Poitou*, 1895, p. 42-67). — Dans ce mémoire, Ch. Farcinet a signalé que ce surnom de la *Grand'dent* n'existe dans aucun document du temps même de Geoffroy. « Il vient probablement d'une tradition populaire, ou plutôt du Roman de *Mélusine* ; il a été aussi consacré par l'ico-

Il est cité par Rabelais, qui connaissait son surnom, dans Pantagruel (liv. 2, chap. V).

Il faut absolument rapprocher de l'anomalie dentaire qu'il présente son caractère fougueux et personnel. « Il s'abandonna sans mesure, dit Farcinet, à tous ses sentiments et ne craignit jamais rien. » Ses violences contre l'abbaye de Maillezais sont célèbres et il se révolta contre Saint-Louis.

*
* *

La canine géante de ce seigneur est connue, d'abord, grâce au *surnom* qu'elle lui a valu, puis par plusieurs *documents figurés,* qui ont été rassemblés par M. Ch. Farcinet et qui sont au nombre de quatre.

1° Une *médaille* ; 2° une sculpture, reproduite dans une *lithographie* ; 3° un portrait de Claude Vignon ; 4° enfin un autre *portrait* de Geoffroy II, par J.-J. Haid.

1° La *médaille*, figurée par Farcinet, représente Geoffroy II, vu de profil, le nez à droite. « Une grande dent sort hors de sa bouche ». — En examinant plus complètement cette médaille, on voit nettement qu'il ne peut s'agir que d'une anomalie de la *canine inférieure droite*, très augmentée de volume, et déviée en dehors, de façon à passer entre les lèvres, vers le fond de la commissure buccale du côté droit.

« Cette médaille, dit Farcinet, aurait été frappée en Italie par quelque descendant des Lusignan, en souvenir de son ancêtre, célèbre sans doute dès cette époque. »

Elle n'a donc pas été exécutée par l'artiste *avec le modèle sous les yeux*, c'est-à-dire du vivant même de Geof-

---

nographie. » Le surnom de *Grand'dent* ne se trouve, d'ailleurs, dans aucun document du XIIIe siècle.

4° *Les anciens sires de Lusignan: Geoffroy la Grand'dent et les comtes de la Marche*. Niort, in-8°, 1897.

5° *L'ancienne famille de Lusignan : Les premiers sires de ce nom, Geoffroy la Grand'dent*, etc., 2e édition, Fontenay, 1899, in-8°.

6° *Les rois de Jérusalem et de Chypre de la maison de Lusignan. Revue du Bas-Poitou ;* et Fontenay, 1900, in-8°.

froy II. L'auteur ne l'a faite par suite qu'avec des données de seconde main, plus ou moins vagues, un récit de roman peut-être (celui de Jean d'Arras, remontant à 1307, imprimé en 1478) où l'on parlait « d'une dent énorme sortant de sa bouche comme une défense de sanglier », ou des données fournies par la tradition ou la famille, mais sans aucune précision. Par conséquent cette médaille ne saurait être pour nous qu'un document historique d'une valeur très relative.

2° La *sculpture*, reproduite par la *lithographie*, a été étudiée par Ch. Farcinet, mais publiée par lui seulement dans un article de la *Revue du Bas-Poitou* [1]. Voici ce qu'il en dit : « Ch. Arnauld, dans son histoire de Maillezais, a donné une lithographie *peu fidèle* d'une *tête en pierre sculptée* [2], représentant Geoffroy, et provenant, dit-on, de son tombeau dans l'ancienne abbaye de Maillezais. Sur la sculpture *on ne voyait plus la grande dent*; mais Arnauld a fait figurer cette dent sur la *lithographie* qu'il a publiée.»

Une telle manière de procéder n'est pas très correcte, au point de vue de l'histoire ; mais nous devons faire remarquer toutefois que Ch. Arnauld a placé la *dent* en question à la place de la canine de la mâchoire inférieure et du *côté droit*, dans sa lithographie, sans doute après avoir étudié son sujet.

Sur le dessin de la tête de la statue attribuée à Geoffroy, élevée jadis sur son tombeau dans l'église de l'abbaye et donnée par M. Farcinet d'après la lithographie d'Arnauld, cette constatation est facile à faire : la tête est vue de trois quarts, avec le nez du côté gauche ; et la dent se trouve dans la commissure du *côté droit* et non à gauche. — Il est probable qu'Arnauld avait ses raisons pour placer aussi la dent à droite [3].

---

1. Dernière page, après la signature. — Elle est reproduite aussi dans le tiré à part de cet article (Vannes et Fontenay, 1894, in-8°, p. 14).
2. Elle se trouve au Musée lapidaire de Niort (n° 135 du Catalogue).
3. Etant donné qu'il s'agit ici d'une interprétation de Ch. Arnauld et d'une lithographie qui est un document tout moderne, nous n'en tiendrons pas compte, dans la discussion ultérieure de ces données, quand nous essaierons d'éclaircir l'histoire anatomique de la dent géante de Geoffroy.

3° Le *Portrait de Claude Vignon*, peintre français bien connu [1], est reproduit dans la brochure de M. Farcinet, sous la forme d'une très belle gravure, signée David [2].

Ici, il s'agit d'une figure représentée de trois quarts, avec profil à gauche. On voit donc surtout le côté *gauche* de la face. La grande dent fait une saillie considérable au-dessus de la lèvre inférieure, de ce côté, remonte sur la lèvre supérieure, en croisant une forte moustache, et se dirige vers le sillon naso-labial. La saillie paraît être de 2 centim. environ, puisqu'elle correspond à peu près à l'épaisseur de la moustache.

D'après ce portrait [3], la grande dent correspondrait donc à la *canine inférieure gauche*; et il n'y a pas de discussion possible sur cette interprétation.

Vignon ne connaissait certainement pas l'existence de la médaille précédemment étudiée, car, sans cela, il n'aurait probablement pas placé ainsi la dent à gauche.

4° Le *Portrait de John Jacob Haid*, peintre de portraits et graveur allemand (1703-1767), est postérieur à celui de Vignon. Il n'a probablement été exécuté qu'avec l'aide du précédent, car tous les deux se ressemblent beaucoup. La gravure de ce portrait, que M. Farcinet a trouvée à Paris chez un marchand d'estampes, est reproduite en photogravure dans son travail [4].

Cette belle imitation de l'œuvre de Vignon représente aussi Geoffroy II de trois quarts; mais ici la figure regarde à droite. La grande dent est figurée exactement comme dans le portrait précédent, avec la même exagération, la même saillie, la même moustache; mais elle est du *côté droit* de la figure, car, sans cela, elle n'aurait pas été visible sur le tableau.

---

1. C. Vignon a vécu de 1590 à 1670. Il n'a donc pu peindre Geoffroy II qu'à l'aide de documents de seconde main.

2. Cette gravure a été trouvée, à Paris, par M. Farcinet, chez un marchand.

3. La Bibliothèque nationale ne possède qu'un exemplaire défectueux d'une gravure de ce portrait de Vignon.

4. La Bibliothèque nationale de Paris ne possède pas cette gravure de Haid. Elle a existé à Londres, au *British Museum*, d'après un recueil des œuvres de ce peintre qui s'y trouve; mais elle a disparu depuis quelque temps de ce recueil.

Peut-être Haid, ne voulant pas avoir l'air de copier servilement Vignon, a-t-il placé son modèle devant un miroir, sans songer qu'en procédant ainsi il changeait la dent de côté et la faisait passer de gauche à droite. Ou peut-être a-t-il conçu son tableau simplement en sens inverse, pour le différencier du premier que nous avons mentionné [1] ?

Dans son dernier mémoire (1895) sur Geoffroy II, Farcinet a ajouté : « La *grande dent* a été probablement exagérée, *sinon inventée,* par les romanciers et les peintres. On a cependant dit que cette singularité, plus ou moins prononcée, avait été remarquée chez plusieurs descendants de la famille de Lusignan ; et, si cet atavisme existe réellement, il permettrait de croire que Geoffroy I était déjà porteur d'une de ces dents extraordinaires. On l'en a du reste gratifié dans plusieurs écrits relatifs aux Croisades, en le confondant avec ses fils [2]. »

*
* *

Il n'est pourtant pas probable qu'on ait de toutes pièces imaginé la *grande dent.* Ces choses-là ne s'inventent pas, d'autant plus que le gigantisme des canines n'est pas tout à fait extraordinaire. C'est tout au plus si les « romanciers et les peintres » l'ont exagéré, à notre avis du moins ; car il est certain qu'ils ont donné à la *grande dent* des dimensions un peu fantaisistes.

En conséquence, les trois documents figurés, analysés ci-dessus, que nous pouvons seuls utiliser pour l'étude de cette dent géante, nous laissent assez perplexe.

Ne pouvant être pris du même doute que M. Farcinet[3], nous admettons tout d'abord l'existence du fait et la réalité

---

1. Il y a en outre plusieurs gravures, tableaux ou sculptures représentant Geoffroy la Grand'dent (Farcinet); mais ils sont trop fantaisistes pour pouvoir nous servir à écrire l'histoire de l'anomalie dentaire du « Diable » poitevin.

2. *L'hérédité des anomalies dentaires* vient d'être étudiée par notre confrère et ami, M. le Dr Galippe, dans un remarquable mémoire (*Revue de Médecine,* 1901, 12 octobre, p. 817).

3. Le 5 octobre dernier, M. Farcinet nous a écrit ces mots : « Je crois que la dent est plutôt légendaire et qu'elle ne peut pas servir de base à une dissertation médicale, c'est-à-dire scientifique et positive. »

de l'observation, car une telle théorie est loin d'être absurde *a priori*.

Nous allons même plus loin et pensons qu'il a dû s'agir là d'un cas de *géantisme* (Magitot) ou *gigantisme* d'une *canine de la mâchoire inférieure*. Tout prouve en effet que c'est de cette dent qu'il s'agit, car il n'y a pas un seul cas connu en médecine d'anomalie de volume d'une *incisive inférieure* (Magitot). Il faut avouer d'ailleurs que le gigantisme des canines est relativement rare, et qu'à la rigueur il pourrait s'agir soit d'une première molaire, soit d'une molaire surnuméraire.

On admet aussi parfois que Geoffroy est né avec sa dent!

C'est possible, puisque les anciennes chroniques disent que Geoffroy « *apporta sur terre cette dent* », c'est-à-dire l'avait dès sa naissance; mais peut-être aussi n'était-elle que de l'époque de la deuxième dentition.

En tout cas, le phénomène a été déjà noté par Pline, et tout le monde connaît les cas, seulement probables, de Mirabeau et de Louis XIV, sans parler d'autres tout à fait certains, rapportés par des savants modernes. Dans ces circonstances d'ailleurs, cette anomalie ne porte guère que sur une dent, comme dans le cas de Geoffroy II ; mais elle est très rare toutefois pour la canine.

Certes, le *gigantisme* de cette canine devait être considérable, puisque, d'après les mêmes anciennes chroniques, la dent sortait de plus d'un *pouce* (c'est-à-dire de plus d'un centimètre et demi) hors de la bouche et puisque les peintres ci-dessus lui ont donné une longueur extra-buccale d'environ deux centimètres (ce qui correspond en effet à « plus d'un pouce »).

Mais c'est tout ce que nous pouvons dire. Il nous est impossible de préciser le *côté*, droit ou gauche, où l'anomalie s'est présentée.

Nous inclinerions toutefois pour le *côté droit*, non pas parce que deux documents sur trois (à la rigueur trois ou quatre) la placent de cette façon, mais parce que c'est le côté indiqué par la *médaille*, document le plus ancien et qui a été

sans doute exécuté à l'aide des données fournies directement par des descendants de Geoffroy II.

Pour appuyer cette dernière hypothèse, nous avons recherché dans les publications médicales si l'anomalie en question avait déjà été étudiée avec soin, et, pour élucider la question posée ci-dessus, si elle était plus fréquente à *droite* qu'à *gauche*. Malheureusement, nous n'avons rien trouvé de probant à ce dernier point de vue. De plus, nous devons ajouter que nos recherches bibliographiques prouvent au moins que le *gigantisme de la canine* n'est pas une chose très ordinaire.

(*Gazette médicale de Paris.*)

PROCÉDÉS ET PERFECTIONNEMENTS

LE GUIDE DANS L'OBTURATION DES CANAUX RADICULAIRES

Par M. le Dr A. Palermo

Avant de décrire ce procédé opératoire simple et court, nous nous occuperons un peu de l'obturation elle-même.

Beaucoup d'idées ont été émises sur le traitement des canaux radiculaires; cependant nous n'avons pas encore de ligne de conduite précise à suivre vis-à-vis de cette délicate opération, qui peut être considérée comme la plus difficile et la plus importante de la dentisterie opératoire. Il existe entre les auteurs et surtout entre les professionnels une énorme divergence d'idées et sur les substances à employer et sur l'opération elle-même. Un auteur a considéré l'obturation des canaux comme le complément de l'obturation de la cavité. Nous ne sommes pas du même avis parce que nous la considérons comme la base de l'obturation de la cavité.

L'obturation des canaux est-elle nécessaire ou superflue au point de vue du résultat? *Elle est nécessaire et indispensable autant que la désinfection.*

Supposons une dent très bien obturée dont le canal, après une soigneuse désinfection, n'ait pas été obturé. Pas de communication avec l'extérieur, pas d'infection de ce côté par conséquent. Nous savons tous que la communication extérieure n'est pas absolument nécessaire pour avoir de l'inflammation.

Il est inutile de démontrer ici que le vide absolu n'existe pas. Tout espace formé soit par nous, soit par la nature, n'importe où, sera immédiatement comblé par des liquides ou des gaz.

Il suffit donc de créer, un espace dans un organisme quelconque et de le mettre à l'abri de l'extérieur pour que, les liquides ou les gaz organiques une fois disparus, les gaz atmosphériques ou autres sortent de la circulation et viennent s'y loger.

Ces liquides ou gaz peuvent-ils rester stationnaires sans s'altérer ? Non. S'ils sont obligés de stationner, ils se décomposeront dans un temps plus ou moins court.

Il n'est pas intéressant pour nous dans ce moment de savoir si la décomposition des liquides et des gaz organiques est due à une perte de vie ou à un simple changement de nature pour qu'ils deviennent aptes à franchir une des portes, la moins résistante, qui les empêche de quitter l'endroit où ils se trouvent renfermés, afin de rentrer dans la circulation où ils étaient et de prendre leur vie primitive, ou de sortir à l'extérieur et de faire partie d'une nouvelle vie.

La physiologie générale s'occupera de cette question.

Donc si les liquides ou les gaz sont obligés de stationner dans notre canal, ils se décomposeront. Une fois décomposés, ils agiront comme des agents irritants sur le périoste et ils produiront une irritation du ligament, qui se traduira par une inflammation aiguë ou chronique, selon la nature des substances décomposées et la constitution de la membrane. Le temps nécessaire pour que ces phénomènes se produisent varie avec les individus. Il en est même qui n'ont jamais de périostite, mais c'est une exception de trouver des membranes si fortement constituées.

Les gaz médicamenteux et atmosphériques qui occupent le canal bien désinfecté, après l'obturation de la cavité, sont absorbés par le périoste. Au fur et à mesure que cette absorption se fait, des liquides ou des gaz organiques sortent de la circulation et, par les canalicules dentinaires et par l'apex, viennent se loger dans le canal. En règle générale, c'est le sérum qui occupe les cavités accidentelles dans notre organisme ; mais la pratique nous a fait voir qu'il existe des cas où l'on ne trouve pas de liquide dans les canaux ; ils sont absolument occupés par des gaz.

Nous prendrons un cas tout à fait favorable, c'est-à-dire celui où notre canal sera occupé par des gaz simplement. Le sérum fatigue beaucoup plus vite le périoste. La membrane périostique, pour empêcher la décomposition des gaz organiques, les absorbe, en continuant le travail extra-physiologique déjà commencé pour les gaz médicamenteux et atmosphériques. Il s'établit alors un véritable courant de molécules gazeuses qui s'entrecroisent pour se remplacer les unes les autres au fur et à mesure qu'elles sont absorbées par le ligament.

La membrane est obligée d'ajouter à son rôle une fonction de plus. Toute fonction, si petite et insignifiante qu'elle soit, a besoin d'un certain travail pour être remplie ; donc, notre périoste sera forcé de travailler plus activement qu'il ne le fait à l'état normal.

Ce travail sera fait régulièrement plus ou moins longtemps, selon la constitution de l'individu et de la membrane même. Quand elle sera fatiguée, elle renoncera à l'absorption pour se reposer, et les gaz, obligés de stationner, se décomposeront inévitablement. Cette décomposition, comme nous l'avons déjà fait remarquer plus haut, produira la périostite, après laquelle la membrane, en réagissant, se chargera de nouveau de son absorption. Mais elle ne tardera pas beaucoup cette fois à renouveler ses protestations, qui seront plus ou moins intenses selon les cas. En règle générale, elles augmentent chaque fois. Les maladies, les excès, etc., favorisent beaucoup la fatigue du périoste et la décomposition consécutive des agents qui occupent le canal. Quelle que soit la nature des agents décomposés dans le canal, ceux-ci seront toujours des irritants pour le périoste.

Toutes les fois que dans les canaux obturés il y aura des espaces, ce seront toujours les mêmes phénomènes qui seront observés, et le périoste se fatiguera plus ou moins vite selon que l'espace sera plus ou moins grand.

Substances à employer pour l'obturation.

Etant donné que l'obturation des canaux est indispensa-

ble, quelle est la substance que nous devons employer?

Cette question a provoqué de nombreuses discussions. Il n'est pas nécessaire, croyons-nous, d'énumérer toutes les substances qui ont été recommandées pour l'obturation des canaux, à commencer par les métaux chimiquement traités, amalgamés, ou purs, la gutta, les pâtes antiseptiques, le salol, les mèches médicamenteuses, le bois, etc., etc.

Nous diviserons, pour abréger, les substances obturatrices en trois classes :

a) Substances corruptibles ;

b) Substances absorbables ;

c) Substances incorruptibles ;

a) Les substances corruptibles, comme le coton et le bois, doivent être rayées de la liste des matières qui doivent servir à l'obturation définitive des canaux. Leur nom même fait comprendre la nécessité de les abandonner.

b) Les pâtes antiseptiques qui forment la deuxième classe ont le grand inconvénient de disparaître avec le temps et de créer dans le canal un vide dangereux pour le périoste.

c) Les substances incorruptibles sont les seules qui doivent être employées pour obturer les canaux radiculaires.

Un grand inconvénient malheureusement s'oppose à leur emploi : si on les pousse trop pour bien obturer le canal, on peut dépasser l'apex, on provoque une périosite inévitablement et la perte de la dent dans la majorité des cas ; si l'on craint de dépasser l'apex, on peut laisser un espace, toujours dangereux, comme nous l'avons déjà vu.

C'est pour éviter ce grave inconvénient que nous avons pensé aux guides qui servent à assurer la marche des aveugles et des personnes obligées de prendre des chemins obscurs et inconnus.

Étant donné donc que, dans les canaux nous sommes forcés de marcher comme les aveugles, un *guide* nous aidera suffisamment pour obtenir, dans les limites du possible, le résultat que nous désirons.

Ce guide n'est autre chose qu'une simple pâte antiseptique

préparée extemporanément avec de l'*oxyde de zinc, de la créosote et un peu de glycérine.*

Les doses sont les suivantes :

Créosote..	2 gr.
Glycérine	1
Oxyde de zinc..	q. s.

La meilleure façon de la préparer consiste à prendre une très petite quantité de créosote sur la pointe d'une spatule, à y ajouter une moitié de glycérine et une quantité suffisante d'oxyde de zinc pour former une pâte solide, et à mélanger le tout sur une plaque de verre à ciment.

C'est en somme la même manipulation très simple qu'on emploie pour préparer une pâte antiseptique quelconque pour obturer les canaux.

Procédé opératoire pour le guide.

Une fois la digue en place et la désinfection soigneusement opérée à l'aide de médicaments antiseptiques et de l'air chaud, sans dépasser les limites bien entendu, on prend sur le bout d'une sonde à canaux, entourée de coton, un peu de pâte-guide de la grosseur d'une tête d'épingle, et on l'introduit dans le canal en la poussant jusqu'à l'apex.

Le coton est indispensable autour de la sonde pour empêcher l'adhérence de la pâte à l'instrument ; elle n'adhère pas au coton. La grosseur de la sonde entourée de coton doit être en rapport avec le diamètre du canal qu'on veut obturer. Une fois la pâte poussée jusqu'à l'apex, on obture le canal avec une substance incorruptible. Quand nous employons le ciment, nous trempons de temps en temps notre fouloir à canaux dans la pâte-guide pour que le ciment adhère moins à l'instrument.

On peut employer, si l'on veut, la gutta, l'or mou, l'étain etc. ; nous préférons le ciment.

Le *guide* nous permettra de porter notre substance incorruptible jusqu'à l'apex, sans craindre de le dépasser et voici pourquoi :

Dans les cas où nous pourrons plus ou moins facilement

parvenir au périoste, la membrane nous annoncera par sa propre sensibilité lorsque notre matière obturatrice sera arrivée à l'apex. En effet, le guide qui se trouve à l'apex, poussé par le ciment, la gutta, etc., bouchera le périoste, dont la sensibilité, accusée par le malade, nous donnera la garantie que notre substance se trouve à l'endroit voulu.

En 1896, où nous avons commencé à employer ce guide, nous avons pensé que, s'il produisait le même résultat que les autres substances, en dépassant l'apex, nous n'avions rien gagné.

En juillet de la même année nous avons fait des expériences, en poussant volontairement le guide jusqu'à l'alvéole.

Sur les cinq cas consécutifs que nous avons observés, nous avons eu une légère périostite presque indolore et un peu de congestion gingivale sur la région environnant la racine obturée.

Nous disons périostite presque indolore, parce que les malades ne souffraient qu'à la percussion ; par conséquent cette périostite n'était autre chose qu'une simple réaction de la part du périoste et de la gencive pour absorber les substances qui avaient dépassé l'apex.

Dans trois cas, deux jours après il n'y avait plus rien ; dans les deux autres l'inflammation a duré trois jours.

Nous ne croyons pas intéressant de publier les nombreuses observations que nous possédons sur les résultats satisfaisants que nous avons obtenus de 1896 à 1900, période pendant laquelle nous avons toujours employé notre *guide dans l'obturation des canaux radiculaires.*

Nous ne prétendons pas que l'expérience de quatre ans soit suffisante pour accorder toute la confiance voulue à une méthode aussi importante que celle dont il s'agit ; mais nous serions heureux si nous pouvions décider nos confrères à expérimenter notre procédé et à se faire une opinion personnelle sur la valeur de notre *guide dans l'obturation des canaux radiculaires.*



SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 19 novembre 1901.

Présidence de M. le Dr Sauvez.

La séance est ouverte à 9 h. 15.

I. — Procès-verbal et Correspondance.

M. Sauvez. — Le procès-verbal de la dernière séance n'a pas été publié, par suite de l'abondance des matières, dans le journal *L'Odontologie*. Nous le mettrons donc seulement aux voix lors de notre prochaine réunion. (*Approbation.*)

Il donne lecture d'une lettre de M. le Dr Foveau de Courmelles offrant un de ses derniers livres à la Société. (*Remerciements.*)

II. — Le rire en esthétique, par M. Meng.

M. Meng regrette de ne pouvoir donner lecture de sa communication, parce qu'il n'a pu se procurer à la Bibliothèque de l'Ecole dentaire de Paris les livres nécessaires pour sa communication ; il demande, en conséquence, à la reporter à la prochaine séance..

M. Sauvez prend acte de la réclamation de M. Meng, qu'il transmettra au Conseil de Direction de l'Ecole dentaire de Paris, il regrette de ne pas avoir été prévenu à temps pour ne pas faire figurer cette communication et passe à l'ordre du jour.

III. — Projections sur le Congrès d'Ajaccio.

M. Choquet. — M. Touvet-Fanton et moi nous avons été délégués au Congrès d'Ajaccio ; j'ai cru bien faire en vous rapportant quelques souvenirs du charmant voyage que la Société d'Odontologie nous a permis de faire. M. Touvet-Fanton devait se charger de la partie « présentation » et moi je me serais contenté de vous montrer quelques photographies prises non seulement à Ajaccio, mais sur tout le littoral.

M. Touvet-Fanton n'étant pas là, nous laisserons de côté la partie « présentation » et ne nous occuperons que du côté

photographique, afin que ceux d'entre vous qui n'ont pu faire ce voyage, sachent au moins ce qu'ils ont perdu.

Nos premières photographies seront pour Marseille, ensuite pour Nice, Menton, Monte-Carlo et différentes scènes sur le bateau, puis pour Ajaccio, les environs, avec quelques vues pour nous instruire sur les mœurs et coutumes des habitants. (*Projections. Vifs applaudissements*.)

Je n'ai pu, Messieurs, accompagner ces vues d'une description bien poétique, ce qui aurait été plutôt l'affaire de M. Touvet-Fanton, mais je tiens à vous remercier vivement, en mon nom et en celui de M. Touvet-Fanton, pour l'honneur que vous avez bien voulu nous faire en nous déléguant à ce Congrès d'Ajaccio, dont nous garderons un souvenir durable, le premier Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences où une Section d'Odontologie ait été admise. (*Approbation.*)

M. Sauvez. — Je crois être votre interprète à tous, Messieurs, en remerciant beaucoup M. Choquet pour sa très intéressante présentation, et je crois que nous avions fait un bon choix en le déléguant avec M. Touvet-Fanton au Congrès d'Ajaccio.

Nous devons encore tirer une autre conclusion de cette présentation, c'est que, dans les Congrès pour l'avancement des Sciences, on n'emploie pas tout son temps à disserter sur le troisième ou le quatrième degré ou sur la prothèse, mais on voit des choses intéressantes. Je désire que, dans votre esprit, vous en tiriez comme conséquence que vous devez vous inscrire pour le prochain Congrès qui se tiendra à Montauban en 1902. Encore dois-je ajouter que M. Choquet n'a pas tout montré. Nous comptons donc sur le plus grand nombre d'entre vous, en 1902 à Montauban. (*Approbation.*)

IV. — A propos de la phase parapulpaire de la carie dentaire, par M. Mendel-Joseph.

M. Mendel-Joseph. — A la dernière séance j'ai demandé à la société de bien vouloir permettre l'insertion pure et simple de ma communication dans le journal *L'Odontologie*, pour différentes raisons. D'abord cette communication s'occupe de certains points de détail qui ne peuvent intéresser que ceux qui ont suivi la précédente discussion. Ensuite, j'éprouve un véritable scrupule à vous entretenir encore une fois d'une question déjà si complètement discutée. Puis, mon étude est une critique, et vous savez que dans les critiques on ne construit pas, on démolit. Tout à l'heure, par les vues sur le Congrès, il s'agissait d'union, de concorde, toutes choses charmantes ; il vaudrait peut-être mieux rester sur cette impression et non sur une

impression d'âpre critique, beaucoup moins harmonieuse.

Je pense cependant que cette question continue à être intéressante et mérite d'être encore discutée ; mais peut-être vaudrait-il mieux le faire dans le journal. Le journal est une tribune ouverte ; tous ceux qui veulent prendre la parole sur ce sujet peuvent le faire. Je pense donc ne pas fuir la discussion en demandant l'insertion pure et simple de ma communication. Je la lirai cependant, si vous le désirez.

M. Sauvez. — Après ce que vient de dire M. Mendel-Joseph il me semble que nous n'avons plus qu'à lui demander de nous lire sa communication. (*Approbation.*)

M. Mendel-Joseph donne lecture de sa communication (*sera insérée prochainement*) (*Applaudissements.*)

Discussion.

M. Mendel-Joseph. — Encore une petite explication : je disais tout à l'heure que ma communication est certainement destructive ; j'étais attaqué, je me défends exclusivement sur le terrain des faits ; peut-être trouverez-vous que cette défense est un peu âpre, mais je ne dis que des choses strictement vraies et je crois que chacun de nous a le droit de dire la vérité.

M. Sauvez. — Je vais donner la parole à ceux qui la demanderont ; mais je les prie de bien rester dans le domaine scientifique, dans le domaine de la discussion des idées, car plusieurs personnes ici présentes ont été visées par le travail remarquable de M. Mendel-Joseph.

M. Touvet-Fanton. — Je ne veux pas prendre part à la discussion entre personnes, mais j'ai quelques points à relever dans la discussion éloquente de mon éminent confrère. J'exprimerai à son égard le même sentiment qu'il a exprimé pour M. Mahé, c'est que j'éprouve la plus grande sympathie pour lui ; et cette affirmation est une garantie qui me permet de le discuter librement.

La première fois que M. Mendel-Joseph a présenté sa communication sur la phase parapulpaire, je lui ai fait moi-même des observations au sujet de ses devanciers. J'ai travaillé personnellement la question du coiffage de la pulpe ; M. Mendel-Joseph a reconnu qu'il n'avait pas examiné tout ce qui avait été fait avant lui sur ce sujet, parce qu'il avait été à cette époque absorbé par des examens spéciaux. Ce premier point est donc éclairci.

Maintenant, M. Mendel-Joseph considère comme troisième phase parapulpaire le cas où une pulpe se trouve mise à nu d'une façon pathologique sur un de ses points, un seul, c'est possible, mais un de ses points. Je considère ce cas, moi, comme la pre-

mière phase de la carie du troisième degré ; nous différons tout à fait d'opinion sur ce point; la pulpe est à ce moment dans un état pathologique, à moins qu'elle ne soit ouverte que depuis quelques minutes, ce qui ne me paraît pas possible, car les micro-organismes ont pu pénétrer dans la pulpe par la dentine ramollie. C'est une opinion et voilà tout.

Puis, M. Mendel-Joseph nous parle du plâtre d'albâtre pour recouvrir les pansements, comme il n'a cessé de le dire dans ses communications, dans les cas de destruction indolore de la pulpe. Il nous a mis au défi de lui donner une matière qui soit meilleure que le plâtre d'albâtre.

Je ne sais si M. Mendel-Joseph était encore absorbé par des préoccupations du genre de celles qu'il nous a déjà indiquées, lorsque a paru, il y a deux ou trois ans, une publication sur ce sujet. Eh bien, je reporterai M. Mendel-Joseph à dix ans auparavant, en 1888, époque où j'ai publié la même formule que celle qu'il a publiée lui-même, à part le gaïacol. J'employais l'acide phénique, M. Mendel-Joseph emploie le gaïacol. Ceci est un point spécial ; mais, dans mon article j'indiquais, ou bien la gutta-percha, lorsqu'elle peut être supportée, ou bien de préférence à tout autre chose, et c'est la réponse que je ferai à l'heure actuelle au défi qu'il nous portait tout à l'heure si confraternellement, le ciment tout simplement comme moyen d'obturation même momentané, cela ne coûte pas si cher pour nous, au lieu du plâtre d'albâtre. Cela ne demande pas plus de temps, et c'est moins pénétrable par les liquides de la bouche.

M. Choquet. — Vous avez entendu les critiques que vient de me faire M. Mendel-Joseph, je vais y répondre en tâchant de les prendre point par point.

Lorsque M. Mendel-Joseph nous a présenté son travail sur le plâtre d'albâtre, j'ai entrepris différentes expériences qui ont été présentées dans la même séance que le travail de M. Mahé ; les unes sont venues corroborer les autres. Celles de M. Mahé ont porté, je puis le dire, sur le côté exclusivement chimique au point de vue de la réaction colorante; les miennes ont porté au point de vue bactériologique. Il est malheureux que ce soir-là M. Mendel-Joseph n'ait pas vu très nettement, car il aurait pu se rendre compte que le tube de Roux, obturé juste au-dessus de l'étranglement par un tampon de plâtre, était séparé en deux couches de liquide de même aspect, non pas clair comme le dit M. Mendel-Joseph mais trouble. Tout le monde l'a vu, sauf M. Mendel-Joseph. Je considère donc que l'expérience que j'ai présentée était concluante, d'autant plus que, comme je le disais, j'ai agi sur du coli-bacille dont je pouvais mettre la présence en évidence au moyen

de réactions chimiques que tout le monde connaît dans les laboratoires bactériologiques, et auxquelles il est impossible de se tromper. Le coli-bacille, quand il est ensemencé dans une solution de peptone, après développement, alors qu'on ajoute au liquide quelques gouttes d'acide sulfurique et d'azotite de potasse, présente une coloration rouge groseille, caractéristique de l'indol. Il n'est pas possible de faire ainsi une erreur ; certains microbes saprogènes peuvent donner des gaz présentant à peu de chose près l'odeur de l'indol, mais, grâce à la réaction de l'acide sulfurique et au nitrite de potasse, il est impossible de s'y tromper.

Je répète que le tube de culture était ensemencé à la partie supérieure ; au bout de onze heures comme je l'ai dit, il y avait du trouble, non pas seulement à la partie supérieure, où il existait bien avant ce temps, mais à la partie inférieure, séparée de la partie supérieure par une épaisseur de plâtre. En outre, j'ai fait des prélèvements, et dans la portion supérieure et dans la portion du liquide inférieure, j'ai fait des ensemencements sur gélatine et j'ai obtenu des résultats parfaits qu'on ne peut confondre qu'avec ceux du bacille typhique. Je considère donc comme déplacée la réflexion que m'a faite M. Mendel-Joseph que ces liquides ne présentaient rien d'anormal. Quelqu'un qui s'occupe de bactériologie sait reconnaître aisément un tube de bouillon de culture ayant proliféré d'un tube liquide ; on voit tout de suite si un tube est troublé par le développement d'une espèce microbienne quelconque.

Vous m'avez répondu que mes expériences n'étaient pas concluantes ; pour moi elles le sont. Comme je l'ai fait remarquer, j'aurais pu me baser seulement sur les premières expériences et sur le résultat produit à la suite de la fracture du tube intérieur contenu dans le tube de Roux ; je ne l'ai pas fait, car je voulais agir scrupuleusement et j'ai recommencé mes expériences sur des épaisseurs de plâtre beaucoup plus grandes. Donc, ces expériences sont nettes et précises et si M. Mendel-Joseph veut les recommencer, il obtiendra le même résultat.

M. Mendel-Joseph me dit que M. Mahé nie le problème au sujet de la réaction pulpaire ; je considère alors que j'ai compris la question d'une façon toute différente de M. Mahé. M. Mahé a dit ceci textuellement : cette épaisseur de dentine, qui a été à l'infection une barrière ridiculement insuffisante, se dresse toute puissante devant la thérapeutique. Je me suis basé sur un point de départ différent ; je me suis efforcé de revenir sur le début de mes expériences, alors que j'ai mis en évidence la théorie émise par Galippe en France, et ensuite par Miller, que la dentine

blanche abrite des espèces microbiennes qui sont cachées et agissent à la longue. Je considère le travail de M. Mahé comme absolument parfait ; nous différons complètement d'opinion, M. Mendel-Joseph et moi ; mais l'opinion que j'avais à ce moment, je la conserve encore.

Quant à la réflexion que me faisait M. Mendel-Joseph, concernant la réaction pulpaire sur le chien, j'ai vivement regretté que M. Mendel-Joseph ne fût pas présent à Ajaccio, il aurait pu se rendre compte lui-même de la réaction pulpaire et de la formation de dentine dont j'ai parlé, et qu'a signalée M. le Dr Sauvez ; il aurait vu que cette réaction pulpaire et la formation de dentine secondaire ne sont pas une utopie. J'ai présenté des dents de chiens sur lesquels j'avais fait des obturations ; les dents étaient les quatre canines. J'ai créé tout d'abord des cavités artificielles ; ces cavités artificielles ont été traitées par la méthode que j'ai préconisée, et la mise à nu de l'organe pulpaire, dans le cas où il a été mis à nu, a été faite aussi aseptiquement qu'il a été possible. J'ai agi sur quatre dents ; dans la première canine supérieure droite, je me suis contenté de faire une cavité pure et simple, laissant voir la pulpe par transparence ; j'ai appliqué mon traitement de la dentine et j'ai fait une obturation au ciment, sous laquelle j'ai placé une coiffe de platine, après l'avoir flambée et stérilisée. Dans le second cas j'ai mis à nu l'organe pulpaire, en flambant d'abord l'instrument, de façon que ce fût une lésion, mais aseptique, et j'ai appliqué le même traitement que précédemment. Dans le troisième cas j'ai agi de la même façon, sauf que mon instrument n'avait pas été flambé ; j'ai fait une piqûre septique. La quatrième, considérée comme dent témoin, n'avait pas subi le traitement de la dentine et j'avais creusé une simple cavité sans que la pulpe fut atteinte ou même visible par transparence.

Dans le premier cas, où la pulpe n'a pas été lésée, au bout de quinze jours, il s'était formé une véritable dentine secondaire, très appréciable, en ce sens que la dent venant à être sciée longitudinalement, *après extraction de la pulpe*, présentait un rétrécissement très net, correspondant à la portion de l'inoculation, et la cavité pulpaire elle-même était rétrécie.

Dans le second cas, la pulpe lésée aseptiquement, il y a eu un véritable étranglement à hauteur de l'endroit d'inoculation de la piqûre, et cet étranglement a entraîné la résorption totale de la portion supérieure de la pulpe. La chambre pulpaire a été complètement rétrécie, et l'on s'est trouvé en présence, même à l'œil nu, d'une véritable formation de dentine secondaire. Le résultat était indiscutable.

La troisième dent sur laquelle j'avais opéré septiquement,

malgré le traitement, nous a présenté une décomposition pulpaire très nette. Enfin, il n'en a pas été de même pour la quatrième dent, dent témoin, dans laquelle j'avais laissé une couche épaisse de dentine. Cela est donc très net.

Maintenant, je trouve bizarre la réflexion qui m'est faite que, m'étant occupé depuis plusieurs années d'une question aussi intéressante que celle-là, je n'aie pas songé à en faire part de suite aux membres de la Société. M. Mendel-Joseph me fait le reproche d'avoir présenté ma communication à la Société de biologie, de même que M. Mahé m'avait, lui aussi, fait ce reproche. A cela j'ai répondu en temps et lieu. Il me semble que la Société d'Odontologie doit être plutôt satisfaite qu'un de ses membres se voie ouvrir les portes de la Société de biologie. Si je l'ai fait, c'est en connaissance de cause ; j'y étais poussé d'abord par mon maître, M. Grimbert, ensuite par M. Malassez, qui, je le crois a, en connaissances bactériologiques, autant de compétence que M. Mendel-Joseph.

M. Mendel-Joseph me reproche enfin de ne pas avoir publié tout de suite ces résultats. Et il ajoute : on ne doit publier des résultats que lorsque l'on en est sûr. Je me demande alors comment il se fait que M. Mendel-Joseph ne nous ait jamais présenté de preuves absolument certaines, typiques et irréfutables des théories qu'il a avancées en différentes circonstances. Comment se fait-il par exemple (et ceci sort un peu de la question), que M. Mendel-Joseph nous présente à Ajaccio un travail sur lequel nous comptions tous, sur la sensibilité dentinaire, travail qui se termine de la façon suivante : « Je vous donnerai les résultats plus tard... »

Je n'ai pas autre chose à ajouter pour ce soir ; à mon avis, les expériences que j'ai faites, les preuves que j'ai apportées doivent être prises en quelque considération, vu que je ne les ai pas mises au jour en les créant dans mon imagination, mais que j'ai simplement, dans mon cas, suivi les indications des maîtres dont je m'honore de suivre les conseils. (*Applaudissements.*)

M. Mendel-Joseph. — Je regrette d'être de nouveau obligé de prendre la parole, et je ne le ferai que pour dire quelques mots seulement.

M. Touvet-Fanton me reproche de n'avoir pas cité son travail, ou plutôt de m'être rapproché de sa conception relativement au travail qu'il a publié il y a dix ans ; moi j'ai publié le mien il y a deux ans, et je confesse humblement que je ne connaissais pas le travail de M. Touvet-Fanton. D'ailleurs, je ne vois pas l'intérêt qu'il y a à s'attacher à démontrer qu'on n'a pas inventé quelque chose ; tout effort pour faire œuvre utile est également

méritoire. Si j'avais eu connaissance du travail de M. Touvet-Fanton, je me serais fait un devoir de le citer, et aussi sa méthode je regrette de n'avoir pas été prévenu d'avance, car je n'aurais pas manqué de lui donner satisfaction.

Quant à M. Choquet, je veux préciser une chose : je ne dis pas du tout que les expériences qu'il vient de faire, au sujet du plâtre en particulier, ne correspondent pas à la réalité des faits ; il se peut que ses expériences correspondent à la réalité des choses. Mais il est vraiment étrange, lorsqu'on présente une démonstration, de le faire de telle sorte que tous les éléments de cette démonstration soient absents. Ainsi, pour toute sa démonstration il s'appuie sur un fait chimique : la réaction colorante...

M. Grimbert. — Non, pas du tout... Mais d'ailleurs, il suffit de regarder le tube ; s'il est trouble il y a culture. Des bougies de porcelaine, sont traversées en moins de douze heures, pourquoi le passage ne pourrait-il se faire à travers du plâtre qui est moins dur ? Il n'est pas utile de faire une démonstration : le passage des microbes se fait à travers les bougies Chamberland, les plus denses, en moins de douze heures. C'est même un procédé pour rechercher le bacille typhique. Il suffit, pour voir si le microbe passe, de regarder le tube. S'il est trouble, cela suffit, il passe. Pour moi je suis persuadé *a priori* qu'il passera, même à travers dix centimètres de plâtre.

M. Mendel-Joseph. — Je ne nie pas l'exactitude du fait ; je dis simplement que la coloration...

M. Grimbert. — Si vous ne mettez pas de coli, il n'y a pas besoin de coloration.

M. Mendel-Joseph. — Est-ce le microbe même qui passe à travers le tube ?

M. Grimbert. — Que voulez-vous que ce soit ?

M. Mendel-Joseph. — N'est-ce pas la toxine ?

M. Grimbert. — La toxine n'a rien à faire ici. Prenez une bougie Chamberland, mettez-la dans un bouillon stérilisé, introduisez des microbes dans la bougie, ils passeront en douze heures. Et non seulement les microbes, mais les champignons passeront, les moisissures passeront. Tous ceux qui ont fait des filtrations de laboratoire savent qu'en abandonnant une bougie il s'y produit un véritable mycélium de champignons. Un tampon de coton, qui protège une culture contre l'air, ne laisse rien passer tant qu'il est sec, mais, dès qu'il est humide, les spores passent au travers ; il y aura des tubes mycélians qui finiront par venir baigner dans le liquide. Pour moi, le plâtre se laissera raverser, quelle que soit l'épaisseur. Je ne dis pas qu'il ne soit pas

efficace au point de vue clinique, mais au point de vue bactériologique, il ne saurait constituer une barrière.

Pour prouver que le microbe passe, il n'est pas besoin de faire une réaction chimique ; la réaction chimique est un supplément d'information pour montrer que c'est le même microbe, le coli, qui a passé. M. Choquet a fait la réaction de l'indol ; c'est bien, mais si ce n'eût pas été du coli, il lui aurait fallu faire de nombreuses manipulations pour prouver que c'était bien le même microbe. Quand on a fait ces opérations, on sait que, dès que le liquide est trouble, le microbe a passé. Pour moi cela ne peut pas ne pas passer, puisque le passage se fait à travers les bougies de porcelaine cuites, à plus forte raison à travers le plâtre humide.

M. Mendel-Joseph. — Si deux personnes disent une même chose...

M. Grimbert. — Vous pouvez faire l'expérience ; cela vous amusera, et le résultat est certain.

M. Sauvez. — Pour moi la question se résume en ceci : M. Mendel-Joseph s'était servi de plâtre et en a retiré d'excellents résultats cliniques. C'est un point. Puis M. Choquet a recherché si les microbes passaient ; il a prouvé que les microbes passaient.

M. Mendel-Joseph. — Je disais que cela se peut, mais que les preuves que vous en avez apportées, ne me suffisaient pas.

M. Sauvez. — Il semble acquis aujourd'hui, avec l'affirmation de M. Grimbert, que les microbes passent à travers le plâtre. Mais, au point de vue clinique, cela n'empêche pas que le procédé de M. Mendel-Joseph, avec le plâtre, au point de vue du coiffage, peut rendre de grands services.

M. Choquet. — Mais j'ai été le premier à reconnaître que c'était une amélioration...

M. Sauvez. — La question de laboratoire est tranchée, et M. Mendel-Joseph peut avoir retiré de bons résultats au point de vue clinique, même en admettant que, dans ses affirmations, au point de vue bactériologique, il y ait eu quelque chose de légèrement inexact. Je crois donc que nous pouvons clore cette discussion qui a été un peu ardue, et féliciter M. Mendel-Joseph de son travail sur le plâtre d'albâtre comme moyen de coiffage de la pulpe dans la phase parapulpaire de la carie ; de même nous ne pouvons que remercier M. Choquet de sa réponse et de ses travaux de vérification. Je trouve que nous ne pouvons que nous féliciter de telles discussions et je répète, comme j'ai déjà eu l'occasion de le dire, que des travaux du même genre devraient être entrepris sur l'amalgame, le ciment, la gutta et tous les médicaments que tous les jours nous employons. (*Approbation.*)

V. — Observations d'anesthésie avec le somnoforme, par M. le Dr Sauvez.

M. Sauvez. — Je n'ai rien à dire de très spécial au sujet de l'anesthésie par le somnoforme. Lorsque nous sommes allés à Ajaccio nous avons assisté à des démonstrations pratiques, faites par un de nos confrères de Bordeaux, M. le Dr Rolland.

M. le Dr Rolland a été surpris, comme nous l'avons été souvent nous-même, de voir qu'en faisant de l'anesthésie locale le patient tombait parfois en anesthésie générale. Il a pensé qu'on pourrait opérer dans ces conditions, en élevant cela à la hauteur d'une méthode, d'un procédé courant. Il a donc cherché à faire un mélange de chlorure et de bromure d'éthyle, donnant une anesthésie rapide et ayant les avantages du protoxyde d'azote sans en avoir les inconvénients.

M. le Dr Rolland nous a fait à ce sujet une communication que vous pourrez lire dans le journal. Son mélange se compose de 60 0/0 de chlorure d'éthyle, plus de la moitié, 35 0/0 de chlorure de méthyle et 5 0/0 de bromure d'éthyle. Cela est intéressant parce qu'à ma connaissance le chlorure de méthyle n'avait jamais été employé comme anesthésique général.

Le liquide est contenu dans un flacon de verre à parois épaisses, avec un bouchon qui présente une soupape d'échappement ; je pense qu'on arrivera, avec un dispositif approprié, à ce que le malade inhale la vapeur de ce produit, tout en employant le dit produit comme anesthésique local. De cette façon, on emploierait le mélange du somnoforme à la fois comme anesthésique local et comme anesthésique général, et je crois qu'il y a là une voie très utile à exploiter pour l'avenir.

J'ai fait quelques expériences avec cet anesthésique à l'hôpital Bichat et j'en ai retiré d'excellents résultats.

De même il en a été fait à l'Ecole, et on en a de même retiré d'excellents résultats.

Les malades se relèvent sans avoir les jambes brisées, sans fatigue; le plus souvent ils rient, sont à leur aise, ce qui n'a pas lieu ordinairement avec les autres anesthésiques.

En somme cet anesthésique présente tous les avantages du protoxyde d'azote, sans les inconvénients de son manuel opératoire, le masque, les aides, etc. On l'applique tranquillement, tout seul. C'est ce que je vais vous démontrer sur un patient de bonne volonté.

M. Sauvez emploie cet anesthésique sur un des membres de la société, M. Ott, qui s'endort tranquillement en 25 secondes et reste en anesthésie pendant deux minutes devant l'assemblée.

M. Godon. — Au Congrès que nous avons tenu cette année à Ajaccio j'ai été très frappé des conditions faciles du nouvel anesthésique général présenté par M. Rolland et il m'a paru de nature à être employé avantageusement dans nos cliniques de l'Ecole dentaire de Paris. J'ai fait organiser aussitôt que cela a été possible, avec l'excellent concours de M. Ott, des expériences ici, qui ont commencé cette semaine; la première a eu lieu vendredi dernier dans le service d'anesthésie de M. Ronnet. Elles ont donné des résultats assez satisfaisants comme le prouvent les 4 observations suivantes, relevées par M. le Dr Mahé, démonstrateur de service.

15 novembre.

Femme 25 *ans*, bien portante.

Dose : 4 ctm^3. Durée de l'application : 32 secondes. Durée du sommeil : 12 secondes.

Femme 28 *ans*, sans tare fonctionnelle ou organique, a déjà été endormie au chloroforme.

Dose : 5 ctm^3. Durée de l'application : 30 secondes. Durée du sommeil : 1 minute. Légère excitation.

Il s'agissait de deux racines de molaire inférieure, profondément incluses dans le maxillaire. Une seule a pu être enlevée et l'opération a été terminée très sensiblement après le réveil de la malade.

Jeune garçon de 10 *ans*, a été anesthésié quelques minutes plus tôt au protoxyde d'azote, et la dent très difficile à extraire, n'a pu être retirée.

Application de 3 ctm^3. pendant 35 secondes, anesthésie de 15 secondes.

Homme de 30 *ans*, 5 ctm^3 donnés pendant 40 secondes. Anesthésie de 20 secondes.

Réapplication de 4 ctm^3 pendant 90 secondes. Anesthésie de 45 secondes.

Réveil parfait et sans trace pénible.

Comme phénomènes constants, on note : dilatation de la pupille, pas d'anémie de la face. Réveil prompt et facile ; sensation constante après le réveil de lourdeur et de douleur dans les jambes.

Nous allons continuer toute la semaine. Ce matin au service de M. Viau on a renouvelé les expériences.

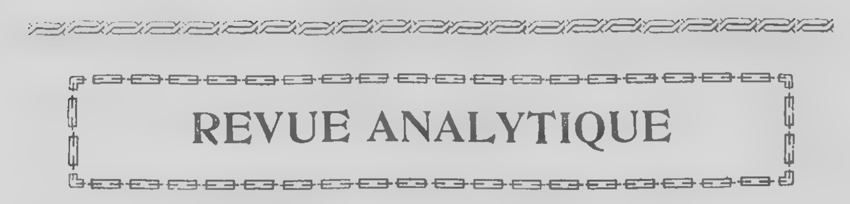
M. Viau. — Ce matin, nous avons anesthésié à la clinique trois malades et nous avons eu d'excellents résultats. Le premier malade était un pompier de vingt-deux ans ; anesthésié au bout de quarante secondes, on a fait trois extractions moyennement difficiles ; réveil immédiat, aucun malaise. Le malade se lève immédiatement pour aller cracher et se rincer la bouche. Un camarade l'accompagnait ; nous avons obtenu l'anesthésie dans le même délai, cinquante secondes, avec un garçon très résistant, qui était peut-être même un alcoolique ; il y a eu

une très courte période d'excitation, mais on a pu enlever deux racines des grosses molaires du bas. Troisième cas, jeune femme très nerveuse, effrayée, qui gesticulait, et se prêtait moins au mode d'anesthésie. Elle a été endormie en moins d'une minute et nous avons pu faire cinq extractions : deux racines des petites molaires côté gauche et trois racines des premières grosses molaires et la dent de sagesse. Réveil immédiat, pas le moindre malaise. Je pense donc que nous devons continuer les expériences.

M. Touvet-Fanton. — Comme délégué de l'École dentaire, j'ai assisté aux expériences de M. le Dr Rolland; j'ai été très surpris du bon résultat de ces opérations ; elles nous ont confirmé dans cette idée que nous avions tous, relativement aux mélanges de chlorure d'éthyle et de méthyle, à savoir que ces mélanges donnent, non seulement une anesthésie sans danger, ou à peu près, mais une anesthésie fort agréable, hilarante en quelque sorte. J'ai du reste indiqué cela dans le compte rendu que publiera *L'Odontologie*, et vous pourrez le lire. (*Démonstration pratique.*)

La séance est levée à 11 h. 30.

Le Secrétaire général,
MENDEL-JOSEPH.



REVUE ANALYTIQUE

PATHOLOGIE

E.-B. Dowsett, ***Kyste dentaire développé sur la racine d'une dent vivante.*** (*Progrès dentaire*, juillet 1901, p. 221, d'après le *Bristish Dental Journal.*)

L'auteur a examiné chez une femme de 50 ans un kyste assez volumineux du maxillaire inférieur développé au niveau de la seconde prémolaire, dent qui avait conservé les caractères d'une dent vivante et en particulier la sensibilité thermique. La radiographie avait permis de reconnaître l'absence de tout débris radiculaire d'une autre dent. L'opération démontra que le contenu du kyste était un liquide jaune avec de nombreux cristaux de cholestérine. La paroi kystique était tapissée d'épithélium. Il semble bien qu'il s'agisse là d'une prolifération de *débris épithéliaux paradentaires* de Malassez, dont l'auteur admet l'évolution spontanée.

A.-H. Peck, de Chicago, ***Pathologie, Chimie et Thérapeutique des pulpes putrescentes.*** (*Progrès dentaire*, août 1901, p. 226, d'après le *Dental Cosmos.*)

Les principaux produits de la décomposition pulpaire semblent être l'ammoniaque, l'hydrogène sulfuré, l'eau, l'azote et ses composés oxygénés, l'acide carbonique. Contrairement à l'opinion courante, il ne semble pas que l'odeur fétide soit due à l'hydrogène sulfuré, dont la présence n'est pas absolument certaine, mais à de nouveaux corps odorants, résultant de combinaisons complexes. Par contre il semble prouvé que la coloration grise prise par les dents à pulpe mortifiée est due au sulfure de fer, le fer étant fourni par l'hémoglobine du sang et l'élément sulfureux mis en liberté par le processus de désagrégation. L'auteur a même pu, quoique moins nettement, déceler dans des pulpes putrescentes, la présence du plomb et du mercure, chez des individus atteints de saturnisme ou de ptyalisme.

Pour le fait bien connu de dents à pulpe désorganisée qui demeurent torpides, tant qu'on n'y touche pas et qui déterminent des accidents graves et brusques dès qu'on ouvre la chambre pulpaire, l'auteur admet la reviviscence des germes par l'oxygène ; de leur suractivité décuplée résulte une intensité énorme dans les phénomènes chimiques, avec production rapide de sulfo-méthémoglobine qui, dans un laps de temps très court, colore en noir une dent jusqu'alors de coloration normale.

Pour l'éviter, il faudra, après avoir ouvert la chambre pulpaire, dé-

barrasser les canaux de leur contenu putrescent, le plus vite possible, sans cependant risquer une infection apicale. Les agents oxydants énergiques comme le péroxyde d'hydrogène, l'hydrozone, le pyrozone, le permanganate de potasse, seront précieux dans ce cas. Les huiles essentielles sont dans une faveur méritée dans le même but, mais leur mode d'action n'est que superficiellement connu. L'auteur les divise en quatre groupes : 1° les essences *hydro-carburées*, comme l'essence de térébenthine, dont le principal composant est le *terpène ;* 2° les *hydro-carburées oxygénés,* à base surtout de *cédrène,* comme les essences de cèdre, de cubèbe et de girofle ; 3° les *aldéhydes aromatiques,* comme l'essence de cannelle ; 4° les essences constituant des *éthers* soit *oxygénés* comme le wintergreen, soit *sulfurés* comme l'essence de moutarde. Ces dernières, *après le nettoyage complet des canaux,* peuvent constituer par leur acide sulfureux un bon agent de blanchiment. L'ensemble de ces renseignements permettra d'utiliser les essences en connaissance de cause.

Dr M.

Trambost, ***Stomatite à oospora.*** (*Presse médicale*, sept. 21, 1901.)

L'*oospora Doriæ* décrit par MM. Sauvageau et Radais a été trouvé par M. Trambost sur la langue et les gencives d'un enfant âgé de trois ans. Ce microorganisme avait envahi peu à peu toute la bouche, laissant seules les amydales saines. Avec l'oospora, il trouva des staplylocoques, mais point de bacilles de Löffler. Des lavages et des soins antiseptiques eurent vite raison en une semaine de cette stomatite diphtéroïde à oospora.

Leredde et Druelle, ***Pathologie de la glossite et de la leucoplasie buccale.*** (*Pratique médicale*, août 1901, page 121.)

Après avoir fait l'historique de la question, les auteurs accusent surtout le tabac et la malpropreté buccale d'être les causes dominantes des glossites et des leucoplasies.

Blum, ***Du rôle des dents dans quelques infections.*** (*Thèse de Paris*, 1901.)

La carie dentaire, dit M. Blum, peut devenir le point de départ d'accidents infectieux, tels que l'angine de Lydwig généralement due au streptocoque, microbe habitant la bouche, l'adénite tuberculeuse due au bacille de Koch habitant, lui aussi, le milieu buccal. Donc hygiène et soins dentaires et dans tous les cas infectieux extraction des dents ou racines cariées et suppurantes.

Lannois, ***Éruption consécutive au chlorure d'éthyle.*** (*Société des sciences médicales de Lyon*, nov. 1900.)

M. Lannois parle d'un jeune garçon qu'on anesthésia au chlorure d'éthyle pour pratiquer une petite opération nasale, et qui, le jour suivant, fut pris d'une éruption généralisée. Cette éruption ne dura qu'uu jour et serait due à une intoxication par l'anesthésique.

Dr de Ponthière, *Sinusite et pyorrhée.* (*Annales des maladies de l'oreille*, sept. 1901.)

M. de Ponthière (de Charleroi) dit qu'un cas de pyorrhée buccale lui révéla le diagnostic d'une sinusite. Au niveau de la dernière molaire droite, l'issue d'un pus fétide et abondant lui fit penser à une sinusite. Après examen diaphanoscopique, il opéra par le procédé de Luc ; il recommande le tamponnement à demeure de longue durée (quinze jours) après l'opération, un curettage sommaire et des insufflations iodoformées précédant le tamponnement.

Plique, *Névralgies et névrites.* (*Actualités médicales*, 1901.)

M. Plique passe en revue l'étiologie et le traitement de ces affections. Il parle des divers moyens employés, notamment contre la névralgie de la face, le tic douloureux ; c'est un travail de compilation fort bien fait et très utile à consulter.

BIOLOGIE

Anonyme, *Dentition des grands singes.* (*Indépendance médicale*, sept. 25, 1901.)

L'auteur anonyme fait le parallèle anatomique de l'homme et des grands singes. Nous en extrayons le passage relatif aux dents. Les *anthropoïdes* et les *pithéciens* ont la même formule dentaire que celle de l'homme. Le volume des molaires chez le singe va en croissant, chez l'homme il va en décroissant ; les dents humaines forment une série constante, les dents des singes ont un intervalle ou *diastème ;* enfin la soudure de l'os incisif qui supporte les incisives supérieures se fait de bonne heure chez l'homme, tard chez le singe.

THÉRAPEUTIQUE

Carl Beck, *Les plaies septiques et la teinture d'iode.* (*Medical Record*, juillet 1901.)

Selon l'auteur, la teinture d'iode tuerait les microbes et de plus rendrait aseptiques les tissus avoisinants. Un quart d'heure d'application suffit pour arriver à ce résultat ; on doit préalablement avoir lavé, puis séché les parties cruentées sur lesquelles on se propose de faire agir le médicament.

Dr Berteraud, *Le pyramidon comme analgésique.* (*Bulletin de thérapeutique*, septembre 1900.)

Cette substance est tirée de l'antipyrine ; au point de vue chimique elle répond au nom un peu compliqué de : *phényldiméthylamidodiméthylpyrazolon.* Elle agit surtout contre les douleurs nerveuses, les névralgies, les névralgies faciales. On la prescrit à la dose de 60 centigrammes par jour en deux cachets pris matin et soir.

Piton, *Traitement local de la glossite tertiaire par le sublimé.* (*Thèse de Paris*, 1901.)

M. Piton ordonne dans ces cas des pastilles d'un demi-milligramme

de sublimé. Pour vingt-quatre heures il donne vingt pastilles, ce qui équivaut à une dose moyenne d'un centigramme de médicament, dose suffisante pour agir localement et généralement. Les dents toutefois doivent être nettoyées avec soin, avant et pendant le traitement. L'usage d'un savon dentaire serait très à recommander pour les nettoyages bi-journaliers.

Vaucaire, *Solution contre la stomatite mercurielle.*

Chlorate de potasse	4 gr.
Laudanum de Sydenham	2 —
Hydrolat de laurier cerise / Eau distillée	15 —

Tremper des plumasseaux d'ouate dans ce mélange, et les introduire dans les gouttières gingivales, en haut et en bas. Le malade les garde plusieurs heures par jour, et les renouvelle deux ou trois fois.

Cautériser les plaques muqueuses de la bouche, de la vulve ou de l'anus avec :

Nitrate d'argent	1 gr.
Teinture d'eucalyptus	5 —
Eau	25 —

L'amiodal, nouvel antiseptique. (*Belgique médicale.*)

Ce nouvel antiseptique est formé d'une solution de *triméthanal.* A 1 o/o il est bactéricide, à 1/5000 il stériliserait suffisamment les instruments de chirurgie.

Mongour et Fromaget, *Pâte arsenicale et épithélioma.* (*Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux.*)

Ces deux chirurgiens présentent à la société une série d'observations de cas d'épythélioma de la face soignés et guéris par application de pâte d'arsenic. La pâte est ainsi formulée : acide arsénieux, une partie ; talc en poudre, douze parties ; gomme ordinaire, une partie. L'application de la pâte produit des douleurs assez vives, mais elle hâte la cicatrisation des plaies et respecte les tissus sains.

Dr Bauldiser, *Moyen d'enlever les taches de sang.* (*Mouv. thérapeutique.*)

L'acide tartrique a été employé par l'auteur pour enlever les taches de sang sur les instruments, les tissus, les mains. Il suffit en effet de se laver les mains dans une cuvette contenant de l'eau tiède ayant en dissolution une cuillerée à café d'acide tartrique, pour les instruments un simple brossage ; quant aux étoffes poreuses on aura soin, avant de les laver à l'eau ordinaire, de les exprimer à leur sortie de la solution.

Leseurre, *Stérilisation par voie humide.* (*Idem.*)

Après de longues et minutieuses expériences, l'auteur conclut à la supériorité de cette stérilisation. Il décrit pour son procédé un sys-

tème de boîtes ingénieusement imaginées et se fermant automatiquement.

Gouttes odontalgiques.

Chlorhydrate de cocaïne		25 gr.
Camphre	àâ	3 —
Chloral		

Mêlez dans un flacon à large ouverture et liquéfiez au bain-marie.

Le mélange de ces trois corps solides amène d'ailleurs leur transformation en un liquide onctueux dont on verse une goutte sur un tampon d'ouate que l'on place dans la dent cariée.

Bocquillon, ***Le butyl-chloral.*** (*Moniteur thérapeutique.*)

Le butyl-chloral, dont M. Bocquillon fait l'histoire, est un médicament qui amène le sommeil rapidement, sans ralentissement du pouls ou de la respiration ; il ne fatigue pas non plus l'estomac. A doses égales il est moins actif que le chloral, mais il agit plus que lui contre les névralgies faciales, qu'il calme très rapidement. Deux cuillerées par jour en solution suffisent dans tous les cas même les cas rebelles.

Contre les aphtes. (*Bulletin de thérapeutique.*)

Sulfate d'alumine et de potasse	4 gr.
Teinture de cachou	4 —
Miel rosat	30 —

en badigeonnages.

CH. CH.

DENTISTERIE OPÉRATOIRE

Mort par infection post-opératoire. (*Progrès dentaire*, août 1901, p. 236, d'après le *Bristish J. of d. Science.*)

Une jeune fille de dix-neuf ans est opérée par M. Parkinson, de Manchester, pour une odontalgie sans fluxion et sans abcès. L'extraction est facile, la plaie saigne peu. Rentrée chez elle, la patiente se plaint de malaise ; deux jours apres le chirurgien Herbst Lund appelé constate du gonflement de la mâchoire s'étendant jusqu'au milieu du cou, une température élevée, un pouls rapide ; la parole est très difficile. L'ouverture de la tumeur amena un léger soulagement. Le lendemain la mort survint. — Le protoxyde d'azote avait été administré. Le dentiste assure qu'après chaque opération il trempe ses daviers dans une solution phéniquée forte.

Freiherr von Benst, de Dresde, ***Obturation radiculaire permanente et amovible en gutta-percha avec noyau d'argent.*** (*Progrès dentaire*, oct. 1901, p. 314, d'après *Quarterly Circular.*)

Il n'y a pas pour nous, Français, de bon mémoire sans un historique où nous entassons à plaisir les noms anglo-saxons, ni de bonne idée si elle ne se recommande de quelque autorité d'outre-mer ou d'outre-Rhin. Nos confrères étrangers n'ont pas tous de ces scrupules et réin-

ventent très volontiers ce que nous avons proposé ou fait plusieurs années auparavant. C'est ainsi que le *noyau métallique* des cônes en gutta-percha pour obturation radiculaire, dont nous n'avons pas à discuter ici les avantages ou les défauts et que M. Freiherr von Benst décrit dans l'article cité, a été décrit par M. Dubois dès 1889 (*Aide-mémoire du Chirurgien-Dentiste*, p. 143). Un peu plus tard, M. Godon substitua à la tige métallique unie et lisse une torsade de deux tiges plus fines enroulées en hélice ; enfin, en 1896 (*L'Odontologie*, p. 580), M. Héïdé proposa de rendre plus parfaite l'occlusion de la chambre en soudant à l'extrémité inférieure de la tige une petite plaquette métallique. Cette énumération, qui n'a pas la prétention d'être complète, montre que l'idée de notre confrère allemand lui fut de conception facile.

P. Guye, D. D. S., ***Incrustations d'or.*** (*Revue trimestrielle suisse d'Odontologie*, juillet 1901, p. 176.)

La préparation de la cavité se fait comme pour la porcelaine, mais *le bord marginal devra être légèrement évasé.* — L'empreinte sera prise avec l'or platiné de Williams n° 60 pour les petites cavités et avec de l'or pur n° 120 pour les grandes : *la matrice fera partie intégrante du bloc à incruster.* On pourra prendre l'empreinte de la cavité avec de la cire à cacheter fine ou la préparation spéciale d'Ash, faire un modèle en métal de Spencer et estamper la matrice. — Pour former le bloc on remplira la matrice d'or cristallisé imbibé de « cire fluxée », la reconstitution sera faite dans la bouche. On chauffe pour brûler la cire et l'on coule sur l'or de la soudure à 21 k. 1/2 que l'or cristallisé absorbe comme une éponge. Pour les reconstitutions étendues, l'auteur donne un moyen simple d'obtenir des blocs à centre creux. Le bloc une fois formé est ajusté et fini : avec des disques fins de carborundum une rainure y est pratiquée pour lui donner une forme schématique « de bouton de chemise » ; la matrice faisant partie du bloc rend l'ajustement très précis et réduit au minimum l'espace consacré au ciment. Une fois le scellement effectué avec du ciment clair et après prise complète de ce ciment, on termine l'obturation en appliquant exactement sur les bords de la dent les *bords en biseau du bloc*, ce qui donne une adaptation extrêmement précise.

Les indications de la méthode se déterminent par l'élimination des autres procédés : la porcelaine n'est pas applicable parce qu'elle pourrait se fracturer ; l'amalgame est antiesthétique pour ce cas ; la pulpe intacte et la dentine sensible ne permettent pas une préparation assez parfaite pour une capsule en or ; le patient ne peut supporter une longue aurification, etc.

H. Léger-Dorez, ***Obturations par blocs d'or tournés au tour.*** (*Progrès dentaire*, septembre 1901, p. 264.)

Les blocs d'or fondus sont parfaits, mais l'empreinte est délicate à prendre et la préparation totale demande une heure entre une heure et demie. Or on peut appliquer à l'incrustation d'or l'ingénieuse méthode de Dall pour la porcelaine et se servir de ses fraises calibrées et de sa

jauge de repère. La maison Ash a fait pour l'auteur des blocs d'or de dimensions appropriées à cet outillage. Le point intéressant de cette substitution est qu'après le scellement du bloc au ciment on doit *finir* de cette façon : avec une fraise à fissure on pratique un petit sillon tout autour du bloc incrusté et on le remplit d'or adhésif. On obtient ainsi une « aurification » homogène, sans solution de continuité, sans joint de ciment en rapport avec le milieu buccal et en un laps de temps très court. Le procédé ne peut s'appliquer que sur les faces triturantes ou les faces labiales des dents.

Dr Pierre Robin, ***Instrumentation pour la technique des obturations coniques en porcelaine.*** (*Progrès dentaire*, septembre 1901, p. 257.)

La méthode de Dall n'est pas applicable aux faces interstitielles des dents pour laquelle elle serait la plus précieuse. La modification de M. Robin a pour but de la rendre possible dans ces cas. Il a fait établir par la maison Ash une série de onze fraises *coniques* ayant toutes le même angle générateur, de telle sorte que, mises bout à bout, elles formeraient un seul et même cône, et de sorte aussi que la fraise immédiatement suivante s'engage exactement dans l'orifice percé par la fraise immédiatement précédente. D'autre part, des cônes de porcelaine sont aussi fournis, ayant le même angle générateur que le système de fraises.

Soit maintenant une carie interstitielle de prémolaire. On l'attaque par la face triturante à l'aide d'une fraise à fissure : quand elle est nettoyée, on la prépare avec des fraises coniques de façon à transformer toute la cavité en un tronc de cône dont la base sera sur la face triturante et dont le diamètre maximum doit être placé entre le bord de la dent et son axe; cette dernière condition est indispensable pour assurer la rétention du bloc. Pour une face interstitielle d'incisive on procède de même en allant de la face labiale vers la face palatine. La cavité ainsi préparée, on y introduit le cône de porcelaine jusqu'à frottement doux, on marque au crayon les points d'entrée et de sortie, on sectionne la partie intermédiaire qui, étant donné le principe de la méthode, s'adapte exactement à la cavité géométriquement préparée. On y taille un ou deux points de rétention, on fixe au ciment et l'on termine par des disques et des meules.

Field Robinson, de Bordeaux, ***Obturations mixtes.*** (*Progrès dentaire*, septembre 1901, p. 283, d'après le *Dental Cosmos.*)

Cette question n'est pas nouvelle, mais l'auteur la traite avec la compétence de la pratique et la rend encore intéressante. Pour lui, les obturations mixtes ont une indication précise : elles sont les meilleures pour les cavités à parois fragiles, crayeuses, molles, à décalcification rapide. On sait aussi que le point faible de l'émail est sur la ligne cervicale où l'emploi du maillet est délicat; on sait d'un autre côté que les obbturations à l'amalgame sont défectueuses, surtout sur la face triturante et dans le tiers supérieur de leur masse. Il est facile d'en conclure qu'il sera sage pour une cavité composée de prémolaire ou de

molaire fragile de faire les deux tiers cervicaux de l'obturation avec de l'amalgame et le tiers supérieur avec de l'or cohésif. De même pour une prémolaire de mauvaise qualité à parois très minces, on hésitera entre le ciment qui aura une durée éphémère, et l'amalgame qui colorera la dent. L'obturation mixte pourra se faire ainsi : on remplit la moitié de la cavité avec du ciment de consistance modérée, puis on place au centre de l'amalgame assez mou et on l'enfonce de force dans le ciment. Il reflue ainsi vers la périphérie un mélange de ciment et d'amalgame dont les bords sont soigneusement débarrassés ; on termine ensuite l'obturation avec de l'amalgame plus sec. De cette façon l'émail n'est pas coloré par transparence et l'obturation a la densité et l'étanchéité d'un bon amalgame.

Dr M.

PROTHÈSE

Jaboulay, ***Prothèse nasale par les injections de vaseline.*** *(Lyon médical.)*

Il s'agit d'un malade atteint d'effondrement syphilitique du nez, dont l'état fut amélioré par les injections de vaseline chaude. La vaseline modelle les parties, puis, se solidifiant peu à peu, reforme, une fois prise, les parties déformées. M. Jaboulay injecta deux centimètres cubes à son malade et obtint un bon résultat.

Ch. Ch.

ANESTHÉSIE

Mort sous l'éther administré pour une opération dentaire. (*Progrès dentaire,* août 1901, p. 239.)

L'opérateur était M. Griffiths, de Newport. L'opération fut satisfaisante, mais il fut impossible de ranimer le sujet, la respiration artificielle fut tentée en vain. L'autopsie démontra que la mort était due à la *présence d'une éponge dans la trachée*, sans que cela ait pu être expliqué. — Le nombre de dents à enlever était de onze, l'anesthésie fut commencée par le protoxyde d'azote et continuée par un mélange de protoxyde d'azote et d'éther. La durée de l'opération fut de trois minutes.

Mort sous le chloroforme administré pour une opération dentaire. (*Id.*, p. 241.)

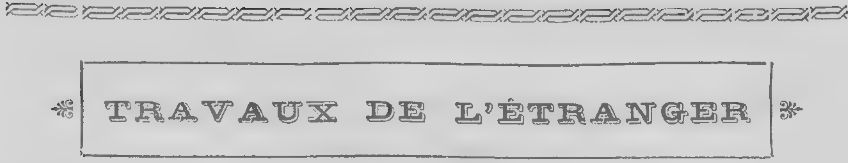
L'observation de ce cas fatal laisse malheureusement très fortement à désirer. Il semble cependant que le décès soit dû à une syncope primitive par phénomène inhibitoire, car il se produisit brusquement avant même que le dentiste eût commencé son opération. La patiente était jeune et l'examen clinique, pas plus que l'autopsie, n'avait révélé de tare organique. Ce sont ces faits qui, quoique rares, existent malheureusement, qui doivent rendre prudent pour l'administration du chloroforme dans un but d'extraction de dents.

STOMATOLOGIE

J. Vanverts, ***Ostéite nécrosante du maxillaire inférieur chez un nouveau-né.*** (*Bulletins de la Société centrale de médecine du Nord,* 1900.)

Chez un enfant de deux jours on constate une tuméfaction au niveau du menton, s'étendant à la région sus-hyoïdienne, du pus s'écoulait dans la bouche. On incise sous chloroforme. Trois semaines après, un petit abcès s'ouvre sur la partie médiane de l'arcade alvéolaire inférieure, un petit séquestre s'élimine : tout rentre dans l'ordre. Aucune trace de syphilis n'existait. L'auteur ignore aussi si la mère avait fait pendant sa grossesse quelque maladie infectieuse transmissible à l'enfant. L'étiologie reste obscure.

Dr M.



SUR L'ÉTENDUE ET LES EXIGENCES DE L'ENSEIGNEMENT DENTAIRE

Par M. Vincent Guérini,
Chirurgien-dentiste à Naples.

J'ai eu l'occasion d'étudier attentivement l'importante question de l'enseignement dentaire, lorsque la Section odontologique de « l'Ordre des praticiens sanitaires de Naples » me chargea d'écrire sur ce sujet un rapport, destiné au Ministre de l'Instruction publique du Royaume d'Italie ; et cela dans le but d'obtenir, le plus promptement possible, la création dans notre pays de bonnes écoles dentaires et en même temps l'abolition du décret, qui exige, pour l'exercice de l'art dentaire, le diplôme de docteur en médecine.

Mon rapport a été déjà publié [1], et il y a lieu d'espérer que les vœux qu'on y exprime seront bientôt exaucés. Mais puisque la question de l'enseignement dentaire est actuellement l'objet d'études sérieuses et de vives discussions dans presque tous les pays, je crois qu'un exposé des principales idées que j'ai soutenues dans mon mémoire, pourrait peut-être intéresser les lecteurs de *L'Odontologie*,

Je commence par une question préliminaire : la classe des dentistes a-t-elle le droit de continuer à exister, ou bien serait-il juste et nécessaire, comme plusieurs le prétendent, qu'elle disparût peu à peu, pour être remplacée par une classe de médecins-dentistes analogues à celles des médecins-oculistes, laryngologistes, dermatologistes, gynécologistes, etc. ?

C'est là la question fondamentale qu'il importe de résoudre tout d'abord, car c'est à elle que se rattachent toutes les questions relatives à l'enseignement dentaire.

Les maladies des dents diffèrent d'une façon très remarquable de celles qui affectent les autres parties du corps, et par leur énorme fréquence, et par la nature toute spéciale des interventions thérapeutiques qu'elles exigent.

1. *Sulle esigenze dell' insegnamento odontoiatrico e sul programma di esso : relazione a S. E. il Ministro dell' Istruzione Publica.* Per il Cav. Uff. Vincenzo Guerini, Napoli, Tip. editrice Tocco e Salvietti, 1901.

L'un et l'autre de ces deux faits donne lieu à des conséquences pratiques de la dernière importance, comme nous allons le voir.

La fréquence extraordinaire des maladies dentaires ne saurait être contestée. Qu'on prenne au hasard cent individus et qu'on en examine attentivement les différents organes et appareils : le nombre de ceux qui souffrent des yeux, ou des oreilles, ou du larynx, etc., sera toujours plus ou moins faible; mais le nombre de ceux qui présentent des affections dentaires sera au contraire très élevé, et peut-être parmi ces cent individus pris au hasard il ne s'en trouvera pas un ayant les dents dans un état normal.

Puisque les maladies dentaires sont si fréquentes, il est de toute nécessité qu'il existe, pour leur traitement, une classe bien nombreuse de spécialistes. Par conséquent, vu l'importance que le bon état des dents a pour la santé des individus et, par suite, pour le bien-être social, il est absolument nécessaire, dans l'intérêt de la société, que les dispositions législatives concernant l'art dentaire ne soient pas de nature à créer de grands obstacles à la formation de dentistes nombreux et habiles.

D'autre part, l'importance extraordinaire de la prothèse en art dentaire fait qu'il est impossible d'être un bon dentiste sans posséder une très grande habileté manuelle et par conséquent sans avoir longuement travaillé pour apprendre la mécanique dentaire et la prothèse clinique.

Si l'on considère que même la simple obturation d'une dent est essentiellement une opération prothétique et que l'activité professionnelle du dentiste n'embrasse pas seulement la prothèse dentaire proprement dite, mais encore la prothèse orthopédique, la prothèse maxillaire immédiate et tardive, la prothèse palatine et vélo-palatine, ainsi que toute autre espèce de restauration buccale ou faciale, il est facile de comprendre, d'un côté, que le dentiste pratique la prothèse sur la plus grande partie de ses clients, de sorte que les interventions prothétiques constituent la partie principale et la plus caractéristique de l'art dentaire, et, d'autre part, qu'il ne suffit point au dentiste de posséder des connaissances médicales assez étendues et d'être, dans les limites de sa spécialité, un bon chirurgien, mais qu'il doit être aussi un très habile artisan et, sous le rapport de l'esthétique dento-faciale, un véritable artiste.

Examinons maintenant ce qui arriverait si l'on voulait supprimer la classe des dentistes proprement dits et leur substituer une classe de médecins-dentistes.

Pendant les cinq ou six ans nécessaires pour devenir docteur

en médecine, l'étudiant, étant obligé de suivre un très grand nombre de cours théoriques et pratiques, ne peut consacrer qu'un temps relativement très court à chaque branche de ses études. Il doit les cultiver toutes sans distinction, car il doit subir un examen sur chacune d'elles.

Ceux qui veulent devenir spécialistes ne commencent qu'après les examens de doctorat à concentrer toute leur activité sur la spécialité qu'ils ont choisie.

Il en sera de même, naturellement, pour ceux qui, leur diplôme doctoral obtenu, voudront devenir dentistes. Mais puisqu'on est reçu docteur, en général, vers l'âge de 25 ans, c'est précisément vers cet âge que les docteurs en médecine désireux de devenir dentistes devront commencer à s'adonner entièrement à la spécialité odontologique.

Maintes fois cependant, cela arrivera encore plus tard, car souvent un médecin ne se décidera à se faire dentiste qu'après avoir constaté son insuccès dans la pratique générale et après avoir fait plusieurs tentatives infructueuses pour s'assurer un avenir comme médecin.

Or, est-il possible qu'un individu qui commence à s'occuper d'art dentaire entre 25 et 30 ans arrive à acquérir ce haut degré d'habileté manuelle indispensable à tout bon dentiste? Si même la chose est possible, cela arrivera peut-être une fois sur cent, de même que sur cent individus auxquels viendrait l'idée de commencer à l'âge de 25 ou 30 ans l'étude du piano, un seulement pourrait devenir un bon pianiste et peut-être pas un.

Pour devenir vraiment habile dans un art quelconque, surtout dans les arts qui, comme l'art dentaire, demandent une grande précision, il est nécessaire, comme tout le monde le sait, de s'y consacrer de bonne heure, c'est-à-dire quand le développement du corps n'est pas encore complètement terminé, car plus tard, les organes du mouvement et les centres nerveux correspondants, arrivés à leur état définitif, sont bien peu aptes à se modifier et à s'adapter à de nouvelles exigences fonctionnelles.

Par conséquent toute loi qui, égalant l'art dentaire aux autres spécialités médico-chirurgicales, n'en permettrait l'exercice qu'aux docteurs en médecine, ne pourrait qu'amener un abaissement très considérable de l'habileté des dentistes.

En outre, une loi pareille aurait le résultat inévitable suivant : comme il est impossible de devenir un bon médecin-oculiste ou laryngologiste ou gynécologiste, etc., en moins de huit à dix ans d'études médicales et spéciales, il serait également im-

possible de devenir un bon médecin-dentiste dans un temps moindre que celui-là.

Ne nous faisons pas d'illusions ; même dans les pays où les études médicales durent six ans, comme en Italie, ce temps suffit à peine pour que les étudiants, même les plus assidus, puissent apprendre médiocrement la partie générale de la médecine et de la chirurgie, et *d'une manière extrêmement incomplète* les diverses spécialités.

Lorsqu'ils ont obtenu leur diplôme, les jeunes médecins savent beaucoup théoriquement, mais leur valeur pratique est bien loin de correspondre à leurs connaissances théoriques. Personne ne voudrait se faire soigner, dans une maladie grave, par un docteur fraîchement diplômé. Et cela sans parler des maladies qui exigent une pratique spéciale, car non seulement les jeunes docteurs, mais encore les médecins en général, n'ont qu'une capacité fort restreinte, et bien souvent nulle, dans le domaine des différentes spécialités.

En somme il n'est pas douteux que les cinq ou six années d'études médicales nécessaires pour l'obtention du diplôme doctoral sont à peine suffisantes pour apprendre les matières actuelles (dans lesquelles n'est pas comprise l'odontologie) et pour former de simples médecins généraux et nullement des spécialistes.

Pour se spécialiser dans une branche quelconque, il est nécessaire que les jeunes médecins continuent à travailler pendant plusieurs années, sous la direction de bons maîtres, de spécialistes éminents. Cette nécessité est encore plus grande et plus absolue pour ceux qui de médecins veulent devenir dentistes, car l'art dentaire est, sans conteste, parmi toutes les branches de l'art de guérir, la plus spéciale, la plus distincte, et en même temps celle qui exige, à cause de la variété extraordinaire de ses opérations et de ses travaux, la plus grande habileté manuelle, la plus grande dextérité.

Il est donc évident que ceux qui soutiennent que cinq ou six années d'études pourraient suffire pour devenir en même temps médecin et dentiste soutiennent une chose absurde.

Pour bien apprendre l'art dentaire dans toute son étendue, et pour acquérir toute l'habileté manuelle qu'un vrai dentiste doit posséder, il ne faut pas moins de trois ou quatre années de travail, et cela même dans le cas qu'on commence les études dentaires après avoir terminé les études médicales. Nous avons vu, d'autre part, que cinq ou six années suffisent à peine pour apprendre, tant bien que mal, les matières actuelles de l'enseignement médical. Par conséquent, la double capacité de médecin

et de dentiste ne pourra jamais s'acquérir en moins de 8 à 10 ans.

Or, il serait bien restreint le nombre de ceux, qui après avoir terminé leurs études secondaires (ce qui a généralement lieu entre 18 et 20 ans) auraient les moyens et la bonne volonté suffisants pour étudier encore pendant 8 ou 10 autres années, dans le but de devenir médecins-dentistes, ce qui naturellement leur offrirait la perspective peu agréable de commencer leur pratique professionnelle vers 28 ou 30 ans.

Il est évident, par là, que toute loi exigeant, pour l'exercice de l'art dentaire, le doctorat en médecine, doit non seulement amener, comme nous l'avons démontré plus haut, un abaissement considérable du niveau de l'habileté des dentistes, mais doit aussi avoir pour effet de diminuer notablement le nombre des dentistes sérieux, c'est-à-dire de ceux qui commenceraient leur pratique professionnelle après avoir consacré aux études dentaires un nombre d'années suffisant.

Avec une telle loi en effet, il faudrait autant d'années d'études et autant de sacrifices pécuniaires pour devenir un bon dentiste qu'il en faut pour devenir un bon oculiste, un bon gynécologiste, un bon dermatologiste, et ainsi de suite, ce qui permet de prévoir que le nombre des odontologistes deviendrait à peu près aussi restreint que celui des autres spécialistes.

Or, si le nombre des oculistes, des otologistes, des laryngologistes, etc., est relativement petit, cela ne cause pas de graves inconvénients, car il n'y a pas de disproportion notable entre le nombre de ces spécialistes et les besoins de la population. Au contraire, vu la fréquence ordinaire des maladies dentaires, on peut affirmer de la manière la plus absolue qu'un nombre restreint de bons dentistes occasionnerait de très graves dommages.

D'abord les odontologistes, par suite du manque de concurrence, demanderaient des honoraires trop élevés, en sorte que les gens riches seraient seuls en état de se faire bien soigner les dents.

En second lieu, il arriverait inévitablement qu'un grand nombre de médecins — et surtout ceux qui n'auraient eu aucun succès dans la pratique générale, autant dire, les plus ineptes — se mettraient à se faire dentistes sans aucune préparation sérieuse, car, vu la rareté des véritables odontologistes, ils seraient certains de faire de bonnes affaires, quand même leur capacité dentaire ne serait pas de beaucoup supérieure à celle des arracheurs de dents d'autrefois, qui comme on le sait, malgré leur incapacité à soigner les maladies dentaires, réalisaient très souvent de beaux bénéfices. Rien, du reste, ne pourrait s'opposer à ce que cela eût lieu, car, l'art dentaire

étant complètement assimilé à l'art médical, le diplôme de docteur en médecine habiliterait pleinement, par lui seul, à l'exercice de l'art dentaire, comme il autorise à l'exercice des autres spécialités médico-chirurgicales.

On verrait ainsi surgir toute une classe de médecins soi-disant odontologistes ou stomatologistes, exerçant l'art dentaire d'une manière déplorable, au grand dommage des pauvres malades. Ces derniers cependant, le plus souvent, ne s'apercevraient même pas du dommage qu'on leur aurait causé, car les spécialistes peu habiles suppléent presque toujours avec l'imposture à leur manque de capacité, et arrivent ainsi à gagner la confiance entière de leurs patients, leur faisant croire que personne n'aurait pu les soigner mieux qu'eux, et que si, par exemple, le résultat n'a pas été heureux, cela a dépendu de la nature même du cas, ou de telle ou telle circonstance, entièrement étrangère au traitement.

Du reste, lorsqu'un odontologiste peu habile aura déclaré à tort qu'une dent est trop malade pour être conservée, et qu'il en aura opéré l'extraction, il est aisé de comprendre que le patient, presque toujours, sera bien content d'être délivré de ce qui le faisait souffrir, et sera bien loin de penser que le dentiste, en réalité, a commis sur lui une inutile et pernicieuse mutilation.

Si l'on considère la grande importance des dents et de leur traitement rationnel, pour la santé générale de l'organisme, et si l'on considère d'autre part, que chacun des pseudo-spécialistes en question, pendant tout le cours de son activité professionnelle, causerait des dommages considérables à une partie plus ou moins grande de sa clientèle, c'est-à-dire à des centaines et à des milliers d'individus, il est facile de se convaincre qu'on ne pourrait monopoliser la pratique de l'art dentaire entre les mains des médecins, sans donner naissance à un véritable fléau social, représenté par une vaste classe de médecins-dentistes ineptes.

Il résulte de toutes les raisons ci-dessus exposées que la classe des dentistes proprement dits a une fonction qu'elle est seule en état de bien remplir, et que ce serait une grave erreur que de vouloir lui substituer une classe de médecins-dentistes.

Mais s'il est hors de doute qu'on ne pourrait point supprimer la classe des dentistes sans de graves dommages, il est également hors de doute que l'instruction du dentiste moderne doit avoir une base scientifique bien solide. Les rapports de la science dentaire et de l'art dentaire avec la médecine générale sont tellement intimes que les écoles dentaires devront peu à peu se plier

à la nécessité de faire entrer dans leurs programmes toute la partie générale de l'enseignement médico-chirurgical. Et comme, d'autre part, il est absolument indispensable de donner aux élèves dentistes une instruction technique pleinement suffisante, il s'ensuit qu'on ne peut aucunement échapper à la nécessité d'augmenter le nombre des années d'études.

Cette nécessité a déjà été affirmée par des dentistes très compétents et par d'éminents professeurs d'odontologie, parmi lesquels je me plais à citer le Dr Maurice Roy et M. L. Richard-Chauvin, tous deux de l'École dentaire de Paris.

Je partage entièrement l'opinion de ceux qui soutiennent que, pour pouvoir donner aux élèves dentistes un enseignement tout à fait satisfaisant, *il est indispensable de porter la scolarité à cinq années.* Mais je reconnais en même temps que cette opinion, si bien fondée qu'elle soit, ne peut point être considérée comme une vérité indiscutable. En France et aux États-Unis on a déjà décidé de porter à quatre années la durée des études dentaires ; et si l'expérience démontre, contrairement à l'opinion sus-énoncée, qu'il est possible de donner en *quatre* années un enseignement dentaire pleinement satisfaisant à tous les égards, ce sera certainement tant mieux, et tout le monde devra s'en réjouir.

La partie générale de l'instruction odontologique doit comprendre, à mon avis, un enseignement *suffisamment étendu* des matières suivantes, qui, du reste, figurent déjà toutes ou presque toutes, dans les programmes des bonnes écoles dentaires :

1° Mécanique, physique, chimie, métallurgie ;
2° Anatomie humaine normale ;
3° Histologie ;
4° Physiologie ;
5° Pathologie et anatomie pathologique générales ;
6° Bactériologie ;
7° Pathologie et clinique médicales ;
8° Pathologie et clinique chirurgicales ;
9° Matière médicale et thérapeutique ;
10° Hygiène.

Ici, une grande question se présente : ces matières doivent-elles être enseignées aux élèves dentistes dans les écoles dentaires mêmes, ou dans les Facultés des sciences et de médecine ?

La réponse à cette question n'est pas douteuse : puisque l'enseignement dentaire est destiné à former des *spécialistes*, il ne peut être parfait qu'à condition d'être lui-même *entièrement spécial*, c'est-à-dire bien approprié, dans toutes ses parties, au but déterminé qu'il doit atteindre.

Il n'est pas difficile de s'en convaincre. Les différentes sciences physiques et médicales ont pris aujourd'hui un tel développement que les professeurs des Universités ne peuvent les exposer entièrement que dans des cours très longs, prenant bien souvent deux ou trois années consécutives. D'où il résulte que, si les étudiants dentistes devaient suivre ces cours et faire en outre tous les exercices pratiques correspondants, il leur faudrait au moins trois ou quatre ans, *seulement pour apprendre les matières scientifiques et médicales*. Et alors, comment serait-il possible de devenir un bon dentiste en quatre ou cinq ans? Le temps qui resterait disponible pour l'étude spéciale de l'art dentaire serait absolument insuffisant.

Or, la partie générale et la partie spéciale de l'enseignement odontologique sont également nécessaires, également importantes. Il faut donc qu'aucune d'elles ne soit sacrifiée à l'autre, et que le temps des élèves dentistes soit réparti et ménagé de manière qu'ils puissent retirer de leurs études le plus grand avantage possible, au point de vue des exigences réelles de la profession dentaire.

Rien n'empêchera à un professeur d'anatomie descriptive d'une université d'employer trois années scolaires pour exposer d'une manière complète la science qu'il enseigne, et de consacrer, par exemple, une année scolaire tout entière à l'anatomie du système nerveux et des organes des sens. Mais ne serait-ce pas une perte de temps pour un étudiant dentiste que de suivre un tel cours? Il est sans doute nécessaire qu'on donne aux élèves dentistes des connaissances anatomiques suffisantes sur toutes les parties du corps, mais cela devra se faire avec une sage économie de temps, et en donnant la principale importance à l'anatomie des organes de la mastication, de leurs annexes et des parties voisines.

Il en est de même pour la physiologie, la pathologie, etc. Ces sciences devront être enseignées à l'étudiant dentiste de façon qu'il puisse apprendre à fond tout ce qui intéresse d'une manière spéciale l'art dentaire, mais sans qu'il soit obligé d'employer un temps excessivement long pour apprendre tout le reste ; là-dessus il lui suffit d'avoir des connaissances moins détaillées et moins étendues. Par exemple, il ne sera pas nécessaire que l'élève dentiste acquière de profondes connaissances sur la physiologie de l'œil ou de l'oreille ou sur les maladies cérébrales. Sur toutes ces choses et sur tant d'autres il lui suffira d'avoir des connaissances sommaires : le temps qu'il lui faudrait pour approfondir ces sujets sera consacré bien plus avantageusement aux études professionnelles proprement dites.

Presque toutes les matières scientifiques et médicales énumérées ci-dessus demandent non seulement un enseignement théorique et démonstratif, mais aussi un enseignement pratique. Celui-ci devra, de même, être bien approprié au but spécial de l'enseignement dentaire. Ainsi, les exercices de dissection qu'on fait exécuter aux élèves dentistes doivent servir à les familiariser tout spécialement avec l'anatomie de l'appareil masticateur et des régions voisines. De même, dans les exercices d'histologie, on devra faire entrer pour beaucoup ceux qui concernent l'histologie dentaire, et ainsi de suite.

Quant aux cours de clinique médicale et chirurgicale, on doit les faire, bien entendu, dans les hôpitaux, mais il est également très avantageux qu'ils soient, eux aussi, des cours spéciaux pour les dentistes, car, dans le vaste domaine de la pathologie, de la séminiologie et de la clinique médicales et chirurgicales, il y a bien des choses qui intéressent très peu le dentiste, et il y en a d'autres qui ont pour lui une importance bien plus grande, et sur lesquelles, par suite, devra porter spécialement, pour être appropriée à son but, l'instruction clinique des élèves dentistes.

L'enseignement technique des écoles dentaires doit être, cela va de soi, essentiellement pratique. Cependant il doit aussi comprendre des cours théoriques (ou plutôt théorico-démonstratifs), sur un certain nombre de matières, savoir : 1° anatomie, physiologie embryologie et histologie dentaires ; 2° anatomie (descriptive et chirurgicale) et physiologie de la bouche et des régions voisines ; 3° pathologie de dents et de la bouche, et anatomie pathologique relative ; 4° thérapeutique des dents et de la bouche, et hygiène buccale ; 5° clinique dentaire, dentisterie opératoire, asepsie et antisepsie, anesthésie ; 6° prothèse et orthodontie ; 7° odontologie légale.

L'enseignement de l'odontologie légale (qu'on peut définir comme l'application de la science et de l'art dentaires à la solution de questions judiciaires) n'existe encore, que je sache, dans aucune école dentaire ; néanmoins, je pense qu'il doit faire partie d'un enseignement odontologique complet, car il y a des cas assez nombreux où le dentiste, bien mieux que tout médecin ou chirurgien, est en mesure d'éclairer la justice ; aussi est-il nécessaire qu'il soit suffisamment préparé à résoudre les différentes questions judiciaires qui pourront lui être proposées.

A l'Ecole dentaire de Paris, l'enseignement technique théorique est complété par un cours dont personne ne peut méconnaître l'utilité et l'importance, je veux dire le cours de législation et des rapports de celle-ci avec l'exercice de l'art dentaire,

de jurisprudence professionnelle et des devoirs du dentiste.

Quant à la partie pratique de l'enseignement technique, elle est si bien organisée dans les principales écoles dentaires d'Europe et d'Amérique, par exemple à l'Ecole dentaire de Paris et à la Section dentaire de l'Université de Pensylvanie, qu'elle ne laisse rien à désirer, si ce n'est une certaine augmentation du temps que l'on consacre à cet enseignement.

En effet, la prothèse dentaire dans toute son étendue, allant jusqu'aux grandes restaurations faciales, l'orthodontie, la clinique dentaire et la dentisterie opératoire, y compris la pratique de l'anesthésie et tout ce qui s'y rapporte, enfin la clinique stomatologique et la chirurgie buccale, sont enseignées dans ces écoles d'une manière très satisfaisante, mais qui le deviendra encore davantage, lorsque la prolongation de la scolarité permettra de consacrer plus de temps non seulement à la partie scientifique et médicale, mais encore à la partie technique des études dentaires.

Pour que l'instruction donnée aux élèves dentistes assure les meilleurs résultats possibles, il est nécessaire que l'enseignement général et l'enseignement spécial ou technique commencent, tous deux, dès l'entrée dans les écoles dentaires, et continuent parallèlement pendant tout le cours des études. Ce serait commettre une grave erreur que de scinder les deux enseignements et de consacrer, par exemple, deux ans à l'étude des seules matières scientifiques et médicales, puis deux ou trois ans à l'étude exclusive de la spécialité.

L'instruction technique et manuelle du dentiste doit, pour donner de bons résultats, commencer le plus promptement possible. D'autre part, en prolongeant l'instruction médicale des élèves dentistes pendant tout le cours des études, ils se familiariseront bien mieux avec les connaissances médicales, se les assimileront plus complètement et courront un risque moindre de les oublier. En outre, il est facile de comprendre que les connaissances générales et spéciales, ainsi que la théorie et la pratique, s'éclairent, s'aident et se complètent réciproquement. L'intelligence, les sens et les mains du futur dentiste doivent être exercés en même temps et d'une manière, pour ainsi dire, harmonique ; c'est là le seul moyen de retirer des études le plus grand profit possible, aussi bien du côté de la culture intellectuelle que du côté de l'habileté pratique.

Quel doit être le champ d'action du dentiste ? Doit-il être limité à la région gingivo-dentaire, ou doit-il comprendre aussi les maladies des maxillaires et de la bouche ?

Aucune spécialité médico-chirurgicale n'a de limites bien précises, et le champ d'action d'un spécialiste est toujours plus ou moins vaste, selon l'étendue de ses connaissances et le degré de son habileté. Tel dermatologiste, par exemple, opèrera lui-même l'ablation d'une tumeur cutanée, pour laquelle un autre trouvera nécessaire d'invoquer l'intervention d'un chirurgien ou même d'un autre spécialiste, par exemple d'un oculiste, dans le cas où la tumeur siègerait tout près de l'œil.

Il en est de même pour les spécialistes s'occupant des maladies des dents, des mâchoires, de la bouche. Qu'ils s'appellent *dentistes ou odontologistes ou stomatologistes*, cela est, en réalité, bien indifférent, et dans le fait il y a nombre de soi-disant stomatologistes qui valent beaucoup moins que de bons chirurgiens-dentistes.

Même sans avoir fait des études médicales très étendues, les bons dentistes modernes sont en état de bien soigner, non seulement les maladies des dents et des gencives, mais encore beaucoup de maladies des mâchoires et de la bouche. Ils sont donc, en réalité, plus que de simples *dentistes*. Mais au fur et à mesure que dans les programmes des écoles dentaires on donnera plus d'étendue aux études médicales et à la stomatologie, sans négliger pour cela, bien entendu, la technique dentaire proprement dite, qui, au contraire, devra toujours avoir la première place, on comprend bien que les dentistes deviendront de plus en plus capables de soigner les malades de la région buccale et maxillaire en général.

Les études médicales des dentistes, tout en étant organisées d'une manière spéciale, portent déjà, dans les bonnes écoles dentaires, sur toute la partie générale de la médecine. On pourra certainement donner à ces études une plus grande extension, spécialement dans le cas où la scolarité serait portée, avec le temps, à cinq années. Les seules matières de l'enseignement médicale qui n'entrent pour rien et qui ne pourront jamais entrer dans l'enseignement des dentistes, sont celles d'un caractère tout spécial, comme l'oculistique, la dermatologie, l'obstétrique, la psychiatrie, etc.

Ceux qui soutiennent qu'il est impossible d'être un bon dentiste éclairé sans être, en même temps, docteur en médecine, affirment indirectement qu'il est impossible d'être un bon dentiste sans avoir étudié les dites spécialités.

Or, cette assertion serait manifestement absurde, car, de même qu'on peut être un oculiste ou un gynécologiste ou un aliéniste excellent etc., sans avoir fait d'études odontologiques, on peut *vice versâ* être un excellent dentiste, sans avoir étudié

l'oculistique, la gynécologie, la psychiatrie et tant d'autres spécialités médicales.

Nous avons déjà indiqué les raisons pour lesquelles il est absolument nécessaire que la classe des véritables dentistes soit conservée et que, par suite, l'enseignement odontologique soit indépendant de l'enseignement médical, et organisé d'une manière toute spéciale, appropriée au but nettement déterminé de former de bons dentistes.

Les exigences toutes spéciales de l'enseignement dentaire sont liées à des causes, elles aussi, entièrement spéciales, n'existant pour aucune autre branche de l'art de guérir. S'il existait des causes analogues rendant nécessaire un enseignement tout à fait indépendant d'une autre spécialité, il serait également indispensable, pour le bien public, de se soumettre à une telle nécessité.

Si, par exemple, les maladies des yeux étaient aussi fréquentes que les maladies des dents, et si de plus les oculistes devaient savoir fabriquer, eux-mêmes, les yeux *artificiels et les lunettes* (qu'on nous permette cette étrange hypothèse), ces deux conditions rendraient nécessaire un enseignement oculistique bien différent de l'enseignement actuel.

Dans le cas supposé, en effet, l'énorme fréquence des maladies des yeux rendrait indispensable de faciliter la formation d'oculistes bons et nombreux par une organisation toute spéciale des études relatives.

Tandis qu'à présent il ne faut pas moins de 8 à 10 années d'études pour devenir d'abord un simple médecin, puis un habile oculiste, il serait alors nécessaire de faire en sorte qu'on pût atteindre ce dernier but dans un laps de temps beaucoup plus court, par exemple en cinq ou six ans au plus!

D'autre part, la nécessité, toujours supposée, d'apprendre à fabriquer des yeux artificiels et des lunettes (chose, du reste, qui ne demanderait pas autant d'habileté qu'il en faut pour les travaux si variés de prothèse et d'orthopédie dentaire) rendrait indispensable aux futurs oculistes un enseignement manuel, qui, pour pouvoir donner des résultats satisfaisants, devrait être, naturellement, assez long.

Il faudrait donc faire, en cinq ou six ans, des études scientifiques et médicales générales, des études d'art manuel, et des études ophtalmologiques, théoriques et pratiques, assez étendues pour pouvoir former d'habiles oculistes ; et il est facile de comprendre que tout cela ne pourrait point se faire, sans réduire les études scientifiques et médicales des oculistes à la seule partie nécessaire pour apprendre et pour bien exercer leur spécialité.

D'ailleurs, une telle réduction pourrait très bien se faire sans le moindre préjudice, car il est évident qu'on peut très bien être excellent oculiste, même en ne sachant que peu ou rien de l'obstétrique, de la gynécologie et de plusieurs autres spécialités, même, également, sans avoir suivi de longs cours de botanique, de zoologie et d'anatomie comparée (comme doivent le faire actuellement les futurs médecins), et aussi sans avoir consacré à la clinique chirurgicale générale et à la médecine opératoire tout le temps que doivent nécessairement y consacrer les étudiants en médecine et en chirurgie générales.

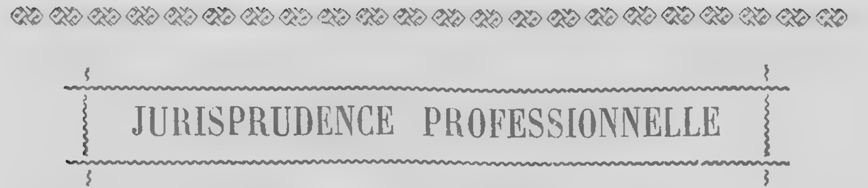
Quel mal y aurait-il, pratiquement, à ce qu'un oculiste n'eût pas appris à désarticuler une main ou un pied, à amputer un bras ou une cuisse, à opérer une résection, à réduire une luxation ou une fracture, à faire l'opération césarienne, à pratiquer la trachéotomie, l'œsophagotomie, la castration, et ainsi de suite ?

Il est donc évident qu'on peut être un parfait spécialiste, tout en n'ayant suivi qu'un cours restreint d'études médico-chirurgicales générales. Et peut-être viendra-t-il un temps où la majorité des médecins seront des spécialistes, et où les études médicales seront organisées de manière à rendre bien plus facile qu'à présent la formation de nombreux spécialistes dans les différentes branches de l'art de guérir.

Mais n'entrons pas dans le domaine des conjectures et tenons nous en strictement aux faits. L'odontologie, par suite des conditions particulières susmentionnées, a acquis et possède en effet à bon droit, vis-à-vis de la médecine et de la chirurgie générale, un haut degré d'indépendance, une véritable autonomie. Elle n'était sans doute, à son origine, qu'une simple *branche* de la médecine; mais il y a déjà longtemps que la *branche*, détachée de son *tronc*, a été cultivée indépendamment et est devenue elle-même un nouveau tronc, un nouvel arbre, vivant d'une vie entièrement propre, tout en ayant ses racines dans un grand nombre d'arts et de sciences auxiliaires, dont la plus importante est la médecine générale.

La fondation, en Amérique, des premières écoles dentaires fut le moment historique où l'odontologie, déjà effectivement séparée de la médecine générale, s'en sépara définitivement, proclamant pour ainsi dire son indépendance. Séparation salutaire, car c'est à elle qu'on doit le développement grandiose, dont l'art dentaire peut être fier aujourd'hui. Comme simple branche de la médecine, l'odontologie ne se serait développée que beaucoup plus lentement, et aujourd'hui nous serions bien loin de posséder une littérature odontologique si riche et une technique dentaire si parfaite.

Ceux qui voudraient aujourd'hui réduire la science et l'art dentaire à une simple branche de la médecine — c'est-à-dire. en d'autres termes, abolir l'indépendance de l'enseignement et de la profession dentaires — tentent une entreprise vaine et impossible. Ils oublient que les sciences, semblables en cela aux êtres organisés, tendent, dans le cours des siècles, à se différencier, à se spécialiser toujours plus, et que ce serait une chose absurde et ridicule que de vouloir s'opposer à cette loi naturelle d'évolution.



JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

L'Odontologie fait traiter ici par son collaborateur spécial les questions de jurisprudence que ses lecteurs désirent faire élucider.

SYNDICAT. — INSTANCE CORRECTIONNELLE. — PARTIE CIVILE. — DÉFENSE DES INTÉRÊTS PROFESSIONNELS. — ACTION INDIVIDUELLE IRRECEVABLE.

Tribunal correctionnel de la Seine (10e Ch.) : 30 juillet 1901.

« Un syndicat est recevable, en conformité de la loi, à se porter partie civile pour défendre les intérêts de la profession qu'il représente, au cours d'une poursuite dirigée à la requête du Ministère public.

» En présence de cette intervention, un des membres du syndicat n'est pas recevable à se porter partie civile, dans le même but et dans la même instance que le syndicat dont il fait partie, en l'absence de tout intérêt particulier.

» Cette intervention constituerait un double emploi pour la défense d'un intérêt unique et occasionnerait des frais inutiles. »

Note. — Ce jugement, que rapporte la *Gazette des tribunaux* du 26 septembre 1901, présente quelque intérêt en matière dentaire.

La loi du 30 novembre 1892 est formelle, et il n'est pas douteux qu'un syndicat formé entre chirurgiens-dentistes ne soit recevable à agir contre un dentiste (qui, par exemple, aurait usurpé le titre de docteur en médecine), pour obtenir réparation du préjudice causé à la corporation par cette usurpation.

C'est ce qu'a décidé le tribunal de la Seine, le 25 mai 1895 (*aff. Adler*).

Le droit pour un syndicat dentaire de se porter partie civile a été consacré par un jugement du tribunal correctionnel de Montbéliard du 30 janvier 1896, et celui de réclamer des dommages-intérêts par une décision du tribunal correctionnel de Lille du 20 octobre 1900 (V. L'*Odontologie*, 1901,99.)

Aux termes d'un jugement du tribunal civil de Bourgoin du 21 juin 1901, les statuts d'un semblable syndicat obligent, quand les délibérations sont régulièrement prises, tous les membres qui le composent au même titre que toute autre convention valable.

Mais, en vertu de la loi de 1884 sur les syndicats, et contrairement aux règles du droit commun qui régissent les contrats et obligations, les syndiqués peuvent, à tous moments, en donnant leur démission, se dégager des liens de l'association.

Il va de soi qu'une fois le syndicat engagé, toute action individuelle de l'un quelconque de ses membres est rendue impossible, si elle poursuit le même but et si c'est de la même instance qu'il s'agit.

Le législateur, dans sa sagesse, a voulu éviter les frais inutiles et n'a pas permis qu'un intérêt unique devînt l'occasion de doubles emplois.

F. W.

CERTIFICAT MÉDICAL. — SECRET PROFESSIONNEL. — UTILISATION INTERDITE EN JUSTICE. — MANQUEMENT AU DEVOIR.

Cour d'Aix : 16 janvier 1900.

« Le certificat délivré par un médecin sans le consentement formel du client, sur des faits qu'il n'a connus qu'à raison de l'exercice de sa profession, constitue un manquement au devoir de discrétion imposé par la loi, et, par suite, il n'en peut être fait état au cours d'un débat en justice.

Note. — Le dentiste, comme le médecin, est soumis à l'obligation du secret professionnel. Il tomberait sous le coup de la loi (article 378 du Code pénal), s'il révélait l'état maladif d'un client (V. Jugement du trib. correct. de la Seine du 11 juillet 1901).

On conçoit, dès lors, qu'il ne puisse être fait état d'un certificat délivré en violation de la loi.

C'est ce qu'avait décidé déjà un arrêt de la Cour de cassation (req.) du 18 juin 1901, et ce que vient consacrer, une fois de plus, la décision que nous rapportons, et que reproduit le journal *le Droit* (29 mars 1900).

F. W.

EXPLOITATION D'UNE PHARMACIE. — ASSOCIATION. — NULLITÉ. — LIQUIDATION DE LA SOCIÉTÉ DE FAIT.

Tribunal civil de la Seine (5e Ch.) : 14 mars 1901.

Si, en droit, aux termes de la loi du 21 germinal an XI, toute association entre un pharmacien et un non-pharmacien est nulle, il ne s'ensuit pas moins que la liquidation d'une société de cette nature doit être faite suivant les règles ordinaires et les stipulations qui la régissent.

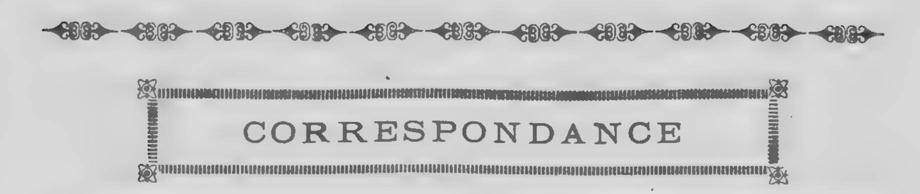
En conséquence, la clause en vertu de laquelle l'un des associés s'est engagé à verser à l'autre une certaine somme, dans le cas où il vendrait le fonds dans des conditions déterminées, ne saurait être considérée comme illicite, et la saisie-arrêt pratiquée pour en assurer l'exécution doit être validée.

(*Gongerot* contre *Wolf.*)

Note. — Cette décision, rapportée dans la *Gazette des tribunaux* des 18-19 novembre 1901, peut offrir de l'intérêt à nos lecteurs, — des associations illicites entre dentistes et mécaniciens, par exemple, pouvant donner lieu à liquidation.

Les mêmes principes, invoqués ici, devraient être appliqués, et les précédents judiciaires ne font pas défaut (*Paris, 27 mars 1862; — Paris, 19 février 1869 ; — Trib. comm. Seine, 23 septembre 1869 ; — Bordeaux, 27 mai 1874 ; — Lyon, 29 novembre 1894 ; — Trib. comm., Nantes, 11 décembre 1895 ; — C. Rennes, 12 novembre 1897 ; — Cass., 21 juin 1898*).

F. W.



CORRESPONDANCE

Nous avons reçu de M. Raphaël Vidal, de Perpignan, chirurgien dentiste D.E.D.P. et D.F.M.P., une intéressante lettre ayant trait: 1° aux concours sur les postes de dentistes des hôpitaux ; 2° à la contre-publicité préconisée par le syndicat des chirurgiens-dentistes pour combattre le charlatanisme.

Nous en extrayons les passages les plus saillants.

Nos lecteurs constateront que la détestable campagne qui a précédé la décision du Conseil de surveillance de l'Assistance publique et cette décision elle-même ont le privilège de mettre d'accord les dentistes de tous les points du territoire contre leurs auteurs :

« Dans un esprit élevé et sous l'influence d'un profond amour » du progrès, écrit M. Raphaël Vidal, fut votée la loi de 1892.

» Si les pouvoirs publics ont institué le diplôme de « chirur- » gien-dentiste » avec toutes les prérogatives qu'il doit logique- » ment comporter, c'est-à-dire l'exercice sans restriction de » l'odontologie, nous voyons les administrations rétrogrades » faire des efforts désespérés pour atténuer les effets de cette » loi, pour en compromettre les résultats.

» L'exclusivisme qui a présidé aux décisions du Conseil de » surveillance de l'Assistance publique est un exemple frappant » de la désinvolture avec laquelle ces administrations faussent » l'application des lois les plus mûrement étudiées. Même en » faisant la plus large part à la camaraderie, n'est-il pas déplo- » rable de voir la loi violée par ceux-là mêmes qui sont chargés » de la faire respecter ! »

M. Raphaël Vidal approuve l'idée d'une brochure collective: « J'approuve fort le concours pour une brochure de » contre-publicité. L'objection tirée des difficultés d'une distri- » bution efficace ne me paraît pas fondée, car tous les membres » de notre Association seront des distributeurs tout trouvés, » qui ne demandent qu'à faciliter la tâche collective dans » l'intérêt des malades d'abord, dans l'intérêt supérieur de la » profession ensuite. »

M. Vidal demande aussi l'organisation de conférences et rappelle qu'il a fait ses preuves à cet égard. A propos des confé-

rences dans les écoles par les instituteurs, il dit très justement que le seul moyen pratique d'obtenir des résultats par ce moyen serait d'établir préalablement des cours d'hygiène dentaire dans les Ecoles normales.

On le voit, M. Vidal est un militant qui s'occupe activement de la mission sociale et humanitaire du dentiste. Nous ne pouvons que le féliciter d'être parmi les premiers de ceux sur lesquels le Syndicat pourra compter.

R. C.

M. L. Giroux, chirurgien-dentiste à Autun, nous fait également part de ses réflexions au sujet de la contre-publicité dont il est partisan. Mais, dit-il, « s'il est nécessaire d'instruire le » public contre le charlatanisme, il ne l'est pas moins d'envoyer » les premières brochures parues aux journalistes spéciaux qui » traitent des questions d'hygiène, notamment à la *Causerie* » *Jeanne* qui doit avoir les dents fort belles, car le public croit » que les articles d'hygiène sont toujours écrits par des rédac- » teurs au courant des questions qu'ils traitent? Cela revient à » dire qu'il faut instruire même les lettrés dont l'opinion pèse » fortement sur les décisions du public. »

Bien dit, mon cher confrère.

R. C.

Nous recevons à la dernière heure la lettre suivante que nous nous empressons de publier :

Paris, le 12 décembre 1901.

Monsieur le directeur,

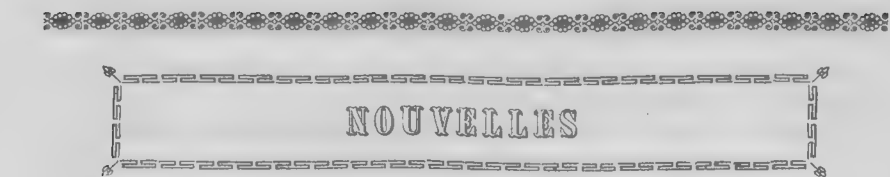
Le Comité de publication des comptes-rendus du Congrès dentaire international de 1900 a adopté définitivement dans sa séance de ce jour le premier volume des comptes-rendus consacré aux Assemblées générales. Nous sommes heureux de vous annoncer que, grâce à la franchise postale accordée aux Congrès, le volume sera distribué à partir du 25 décembre gratuitement aux congressistes.

Les souscripteurs non adhérents au Congrès recevront ce volume dès qu'ils auront fait parvenir à M. Viau, trésorier, 47, boulevard Haussmann, la somme de 36 francs, montant de leur souscription (frais de port en sus).

Les personnes qui n'ont pas adhéré au Congrès pourront recevoir successivement les trois volumes en en faisant la demande au Secrétaire général et en envoyant le montant ci-dessus au Trésorier.

Veuillez agréer, Monsieur le directeur, l'assurance de mes sentiments très distingués.

Le Secrétaire Général,
Dr SAUVEZ.
17, rue de Saint-Pétersbourg.



Mariages.

Le mardi 3 décembre était célébré en l'église Sainte-Geneviève d'Asnières, le mariage de Mlle Marie Bouvin avec M. Albert Meunier.

Mlle Marie Bouvin est la plus jeune des filles de notre confrère Charles Bouvin, membre fondateur du Cercle des dentistes et de l'Ecole dentaire de Paris, mort à Brest il y a plusieurs années.

Le Conseil de direction de l'Ecole était représenté à cette cérémonie par M. Richard-Chauvin qui a présenté à la charmante épouse avec ses félicitations personnelles, celles de tous les amis de Charles Bouvin, encore très nombreux à l'Ecole dentaire de Paris.

Nous apprenons le mariage de Mlle Marie Chamblard, diplômée de l'Ecole dentaire de Paris et de la Faculté de médecine, avec M. Lucien Fischbach.

Nous adressons tous nos souhaits aux nouveaux époux.

Naturalisation.

Nous avons appris avec plaisir que M. Blatter, chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris a obtenu ses lettres de natusalisation, ce dont nous le félicitons bien sincèrement.

Séance de réouverture des cours a l'Ecole odontotechnique

Nous avons eu le plaisir d'assister à la séance de réouverture des cours de l'Ecole odontotechnique, qui inaugurait en même temps sa récente installation rue Garancière.

M. Ducournau, président du Conseil d'administration, a présenté un historique intéressant de l'évolution qui s'est produite dans la profession depuis 1879, puis M. Queudot, directeur de l'Ecole, a brillamment exposé ses vues sur l'enseignement professionnel. M. Franchette a fait ensuite une conférence sur les progrès de la science et M. le Maire du VIe arrondissement, qui pré-

sidait la séance, a clôturé la série des discours par une improvisation chaleureusement applaudie.

La lecture du Palmarès et la distribution des récompenses aux lauréats par les notabilités présentes, parmi lesquelles M. le Dr Cruet, est accueillie par les bravos de l'assemblée.

La fête s'est terminée par la visite des nouveaux locaux qui sont coquettement et hygiéniquement aménagés, et c'est au choc des flûtes à Champagne que nous joignons nos félicitations à celles qui sont adressées aux organisateurs.

E. P.

Morte sous le chloroforme.

Une fillette de onze ans, dont les parents habitent à Savy-Marie, Florine Daudre, dite Lia, souffrait depuis quelque temps de violentes douleurs de dents. On avait reconnu la nécessité de lui extraire cinq dents. Après bien des difficultés, elle avait consenti.

Hier on l'avait fait venir ici, de son pensionnat d'Origny-Sainte-Benoîte.

L'opérateur, qui avait reconnu la nécessité d'anesthésier l'enfant, s'était adjoint un médecin qui lui fit des inhalations de chloroforme. La fillette s'était laissé faire, l'opération était presque terminée, la cinquième dent allait être enlevée, lorsque le docteur s'aperçut que le pouls avait cessé de battre. La malheureuse fillette avait cessé de vivre.

On pense quelle fut la douleur de la mère qui assistait à l'opération, en présence des essais infructueux pour ramener sa fille à la vie !

(*Le Petit Journal.*)

Errata.

N° du 15 novembre, p. 484, lig. 8 à partir du bas, il s'est glissé une erreur typographique, que nos lecteurs ont sûrement rectifiée : lire *dont* ses successeurs n'approchent pas, au lieu de *que* ses successeurs, etc.

Nous avons publié dans notre numéro du 15 octobre une annonce relative au *Moss Fibre Gold* sans mentionner le nom du fabricant. C'est là un oubli que nous réparons aujourd'hui : cet or est fabriqué par la maison S. S. WHITE DENTAL MFG. CO., de Philadelphie.

21e ANNÉE. N° 24 30 DÉCEMBRE 1901 VOL. XXVI



L'Odontologie est une **TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

Travaux Originaux

SUR LA PHASE PARAPULPAIRE DE LA CARIE DENTAIRE

Réponse à MM. Mahé, Schoull, Loup et Choquet.

Par M. MENDEL-JOSEPH,
Professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris. Séance du 19 novembre 1901.)

J'éprouve le besoin de réduire à ses justes proportions les ambitions de l'étude que j'ai eu l'honneur de présenter devant le bienveillant auditoire de la Société d'Odontologie. Mes intentions à cet égard furent des plus simples. Une idée me vint à l'esprit : je m'efforçai de la réaliser, j'en observai les résultats, je les trouvai intéressants et je m'empressai de vous les soumettre, accompagnés de quelques considérations qui me paraissaient s'y rattacher étroitement. Je n'aspirais point, ai-je besoin de le dire, à faire œuvre d'inventeur, de novateur et, si je me suis permis d'introduire dans notre terminologie un mot nouveau, c'est qu'il me semblait exprimer assez exactement un fait qui, tout en étant très connu, n'a peut-être pas été étudié avec toute l'attention qu'il me semblait

mériter. En venant ici plaider la cause de la pulpe dentaire menacée dans sa vie par la progression de la carie, je ne faisais que soulever une question débattue maintes fois ici même, mais qui depuis quelque temps, avec la dépression succédant aux premiers enthousiasmes, n'excitait qu'un intérêt très atténué. Or, cet amoindrissement d'intérêt pour un problème de cette importance me paraissait très regrettable. Sans doute, les tentatives faites pour assurer la conservation de la pulpe restèrent souvent sans succès; mais est-ce là une raison suffisante pour s'immobiliser et renoncer à toute recherche nouvelle? Nos connaissances sur ce sujet seraient-elles donc définitivement achevées et la sentence de condamnation serait-elle irrévocable? Je crois, au contraire, que nous avons beaucoup à apprendre en ce qui concerne les différents modes de réaction curative de la pulpe dentaire soumise à notre traitement et qu'une observation attentive, une étude méthodique seraient fécondes en résultats pratiques. J'estimais donc faire chose utile en soulevant une fois de plus ce problème. « Attirer plus que jamais sur ce sujet l'attention de nos confrères, provoquer une discussion, imiter la production des observations intéressantes, tel est le but du présent travail. » Voici en quels termes j'ai exprimé la pensée dominante qui présida à la rédaction de mon article.

Cet appel a été entendu et je suis heureux de constater que les discussions et les critiques auxquelles il donna lieu ont dépassé de beaucoup mes espérances.

M. le Dr Mahé est sans contredit le grand promoteur du débat. Je dirais volontiers de lui ce que l'un des immortels disait un jour de M. Brunetière : il a le don d'échauffer les discussions. Je n'ai pas à louer ici le talent et l'érudition de ce jeune et déjà distingué confrère. Vous avez apprécié vous-mêmes sa plume, fine et souple qui se prête avec aisance à l'expression de toutes les inflexions de sa pensée et de sa féconde imagination. Les deux études qu'il a consacrées à mon article sont sans conteste parmi les choses les plus remarquables qui ont été publiées dans notre journal.

M. Mahé attaque mon travail à divers points de vue ; il me reproche d'avoir confondu dans une seule notion des choses dissemblables ; il conteste l'originalité de ma méthode ; il démontre l'insuffisance du plâtre-albâtre comme pansement occlusif.

Je répondrai successivement à chacune de ces objections. Mais avant, je demande la permission d'élever un mot de protestation contre certaines affirmations de mon contradicteur, je dirais volontiers contre certaines insinuations, s'il ne s'agissait pas de M. Mahé à qui depuis longtemps sont acquis toutes mes sympathies. Je fais allusion aux passages où il me reproche « les expositions habilement confuses, les transitions assurément fort habiles, mais arbitraires. »

Messieurs, je puis commettre des erreurs, et c'est le triste privilège de toute intelligence humaine ! Je puis pécher par l'ignorance, et combien hélas, un tel reproche serait justifié ! Je puis m'exprimer improprement, incorrectement, cela je veux bien. Mais jamais je ne saurais m'employer à mettre de l'habileté pour introduire de la confusion voulue dans l'expression de ma pensée. Vouloir égarer l'auditeur ou le lecteur par quelque artifice de langage, ou par tout autre moyen, a toujours été contraire à mon sincère respect pour les choses de la vérité. Dans le domaine restreint de notre activité professionnelle, nos efforts pour rechercher la vérité scientifique resteraient toujours d'une portée générale limitée. Mais ce qui donne à notre humble activité, à nos recherches, à nos découvertes une véritable grandeur et qui en fait la part la plus durable et la plus respectable, c'est le degré de sincérité et de désintéressement avec lesquels nous avons servi les intérêts de cette vérité.

En définissant ce que j'ai appelé la phase parapulaire de la carie dentaire, je disais que son caractère essentiel est la proximité immédiate de la pulpe. Le mot « immédiate » exclut toute ambiguïté d'interprétation, indique clairement qu'il s'agit de cette forme particulière de la carie, l'une des plus délicates au point de vue thérapeutique et opératoire, où le processus destructeur confine à la pulpe et où les

micro-organismes tendent à compromettre son équilibre normal.

La présence en contiguïté de l'organe pulpaire nous dicte une conduite spéciale, nous impose des obligations nouvelles, sa conservation et son intégrité devenant la préoccupation dominante de notre intervention. Aussi, subordonnant les divisions nosographiques aux conditions intéressant plus directement la pulpe, j'ai discerné dans cette phase trois formes distinctes que je crois légitimes.

En effet, voici une dent frappée de carie de second degré avancé ; la cavité est profonde, mais d'un faible périmètre ; la destruction, progressant suivant la direction de moindre résistance, se dirigeait rapidement vers l'une des cornes pulpaires. Vous excavez la cavité avec précaution et vous arrivez à un point où vous voyez par transparence même au travers d'une couche mince d'ivoire non décalcifié la pulpe sous-jacente. Celle-ci agit normalement aux impressions thermiques, à l'action de l'excavateur sur la dentine normalement sensible ; elle n'inquiète point le malade ; elle n'est pas le siège des douleurs spontanées ; elle offre tous les caractères de la santé et je la considère comme saine. C'est le premier stade de la phase parapulpaire.

Supposez maintenant qu'en excavant la cavité vous détruisiez involontairement la mince lamelle de dentine qui protégeait la pulpe ; du coup, vous vous trouvez en face de conditions nouvelles. Cette solution de continuité, cette brèche survenue dans la chambre pulpaire est, n'en déplaise à M. Mahé, un fait anatomo-pathologique nouveau. Il ne modifie évidemment en rien l'état propre de la pulpe, qui n'en est pas autrement atteint, mais il commande des plus grandes précautions opératoires et thérapeutiques. C'est le second stade de la même phase parapulpaire.

Enfin, supposez que dans la carie précédente la couche mince de dentine qui servait de protection à la pulpe soit décalcifiée. Bien plus, en excavant l'une après l'autre les couches de dentine ramollie vous apercevez un point où la sensibilité est très douloureuse ; l'exploration avec une sonde

vous prouve que la pulpe est mise à nu. Mais, en dehors de ce point à peine visible, rien ne révèle quelque trouble dans les conditions fonctionnelles de la pulpe. Sa sensibilité aux actions thermiques n'est pas modifiée, le patient n'en souffre point, il n'éprouve de la douleur que lorsqu'il mange du côté de la dent malade, douleur provoquée par la compression des matières alimentaires durant la mastication.

La pulpe est très vraisemblablement, sinon certainement touchée par l'élément infectieux, mais elle l'est si peu, elle s'en défend si victorieusement que le patient est totalement ignorant de cette lutte cellulaire dont sa pulpe est le théâtre. Cliniquement rien ne prouve que la pulpe soit malade et, au point de vue thérapeutique, je la considère passible du traitement indiqué pour le second stade de la phase parapulpaire. C'est le troisième et le dernier stade de l'unité de la phase parapulpaire.

La phase « pulpaire » ne s'ouvre, à mon avis, qu'à partir du moment où la pulpe commence à inquiéter le malade par une réaction douloureuse d'une certaine persistance. Lorsque le patient nous dit qu'il éprouve depuis quelque temps des douleurs spontanées plus ou moins fugaces, que ces douleurs le surprennent parfois durant la nuit, que le froid et le chaud, que la mastication provoquent cette douleur, alors, mais alors seulement je conclus que la pulpe est atteinte et que nous assistons au premier stade de la phase pulpaire de la carie, que j'appellerai volontiers stade protopulpaire.

Je sais que dans certains cas la pulpe se laisse infecter et détruire sans réaction douloureuse ; mais ces faits, s'ils existent, sont assurément peu fréquents. En questionnant bien les patients, on apprend généralement qu'à une époque plus ou moins éloignée, et dont le souvenir est resté assez vague, ils éprouvaient par moments des sensations douloureuses dans les dents ainsi atteintes. Cette forme de destruction spontanée de la pulpe est d'ailleurs très intéressante. Je ne serai pas fort surpris si une étude attentive et persévérante n'aboutit pas à la réduire à néant...

La seconde objection de M. Mahé, concernant l'originalité de mon procédé, serait sans conteste motivée, si j'avais nettement exprimé mes prétentions à l'originalité. En vérité je n'ambitionnais que le mérite très modeste d'avoir « modifié avantageusement le procédé classique du coiffage», tel qu'il est décrit dans la dernière édition de 1897 du traité de dentisterie opératoire du Dr Kirk. Le manuel de dentisterie opératoire du Dr Godon donne un exposé plus documenté sur la matière, mais les procédés indiqués diffèrent notablement du mien. En consultant deux livres qui condensent et résument nos connaissances fondamentales de dentisterie opératoire dans les deux mondes, je croyais m'être suffisamment renseigné pour la rédaction d'un article dont le cadre ne comportait guère une étude historique approfondie.

Mais, en présence de mes affirmations trop catégoriques, M. Mahé a eu mille fois raison de me reprocher d'avoir laissé ignorer mes devanciers, et de ne pas m'être informé si les idées que j'allais exprimer n'avaient pas déjà été exprimées ailleurs. Aussi me fais-je un devoir de rendre justice au sentiment délicat qui lui dictait cette belle pensée lorsqu'il dit : « Rendre justice à ses prédécesseurs m'a toujours paru chose absolument légitime ». Je dirai plus : c'est chose obligatoire. Et je n'y aurais point manqué si, aux heures où j'écrivais mon article, mes pensées n'avaient pas été absorbées par des occupations d'un ordre tout différent. C'était à la veille de mes examens à la Sorbonne, et ce sont toujours des heures très pressantes.

Je passe à la troisième objection, celle du plâtre. Dans une étude fort intéressante et vraiment scientifique M. Mahé expose les résultats de ses expériences sur cette matière. Ses expériences multiples, variées, méthodiques, faciles à suivre dans leurs développements, étaient appuyées par des preuves matérielles, nombreuses et concluantes. Quoique dans la bouche les faits ne se passent guère exactement de la même façon que dans les épreuves du laboratoire, je m'incline cependant devant les conclusions de l'auteur. Je

dirai seulement : voici une matière qui me rend tous les jours des services signalés ; elle n'est pas exempte de défauts, c'est évident, mais elle a des qualités sérieuses, dont il est bon de se servir. Une expérience de plusieurs années m'a prouvé que, pour la dévitalisation indolore de la pulpe, elle n'a pas d'équivalent ; elle m'a été précieuse pour des pansements où il fallait éviter la compression pulpaire. Tâchons d'atténuer ses défauts et de mettre à contribution ses qualités, voilà la conduite à suivre.

Je puis parler de cette substance avec une entière impartialité. Je n'en fais pas, vous le savez, une question commerciale : elle n'est pas destinée à s'étaler dans les annonces des fournisseurs. Le jour où je trouverai quelque chose de mieux, je m'empresserai de vous en faire part, comme il convient à un membre dévoué de votre Société.

J'aurais encore bien des choses à dire au sujet des critiques de M. Mahé ; mais il faut savoir se limiter. Je n'ai voulu parler ici que des choses essentielles. Un mot pourtant avant de finir.

M. Mahé me reproche de n'avoir pas insisté sur la nécessité d'une grande propreté, de l'antisepsie et de l'asepsie durant les opérations. Il oublie, sans doute, que ma communication s'adressait, non pas aux élèves, mais aux praticiens instruits, parfaitement familiers avec les principes de l'antisepsie et de la propreté opératoire ; qu'au nombre des auditeurs se trouvaient des hommes éminents dans la profession, des maîtres qui précisément m'enseignaient à mes débuts les préceptes de l'antisepsie. Il m'a paru vraiment superflu de vous parler des choses qui constituent le fondement principal de votre pratique et de votre enseignement.

M. Schoull m'a fait l'honneur de lire mon travail, ce dont je lui suis très reconnaissant. Je crois cependant qu'il l'a lu un peu hâtivement ce qui expliquerait les critiques qu'il m'a faites. L'albâtre, dans ma pensée, n'est point destiné, ainsi que le suppose mon honorable contradicteur, à se substituer à la gutta-percha, à la supplanter. Que Dieu me garde d'avoir d'aussi sombres desseins à l'égard d'une

substance précieuse entre toutes, que j'estime incomparable pour les pansements occlusifs. L'albâtre, selon moi, ne peut avoir d'autres prétentions que d'être utilisé dans certains cas déterminés où l'usage de la gutta est contre indiqué.

Peut-être cette même précipitation l'a-t-elle également empêché de saisir toute ma pensée en ce qui concerne l'action microbicide des pansements antiseptiques. Loin de fixer mathématiquement la régularité du processus microbicide, je crois justement au contraire avoir indiqué d'une manière très générale, schématique le mécanisme lentement progressif de l'action des pansements antiseptiques. C'est bien cela que je croyais et que je crois avoir exprimé. Me serais-je trompé, aurais-je mal traduit ma pensée? Ceux qui voudront bien me le dire sont d'avance assurés de toute ma reconnaissance.

La communication de notre distingué confrère M. Loup montre jusqu'à quel point des esprits différents conduits par les mêmes préoccupations peuvent se rencontrer dans leurs conclusions. Nos divergences sont tellement faibles qu'elles me paraissent négligeables. Avec beaucoup de logique il plaide le coiffage avec une substance neutre, inerte, aseptique. La pulpe, dit-il, est guérie, ou elle ne l'est pas. Si elle est guérie, à quoi servent les antiseptiques? Si elle est encore malade, guérissez-la avant de la coiffer.

L'antisepsie, dit-il, est la création d'un milieu impropre à toute vitalité. Je suis tout à fait de son avis, et je ne puis concevoir que M. Choquet ait pu contester une vérité aussi évidente. A moins de confondre l'antisepsie avec l'asepsie, je me demande quel est l'organisme capable de vivre dans un milieu antiseptique sans en souffrir et sans en mourir.

Quoique cela, j'estime que la pâte d'oxyde de zinc, d'amiante et de gaïacol offre quelque avantage pour le coiffage de la pulpe. En procédant ainsi je ne crée point un milieu antiseptique enveloppant toute la pulpe; la matière de coiffage, qui, en plus, durcit très vite, n'est en contact avec la pulpe que sur un point extrêmement limité de sa sur-

face, du moins en ce qui regarde la phase parapulpaire. Le gaïacol n'est pas irritant, il est anesthésique, ce qui est précieux, lorsqu'il s'agit de rétablir l'équilibre trophonévrotique de l'organe excité et ce qui m'a fait l'adopter. De plus, l'énergie antiseptique n'y reste pas constante ; elle s'épuise et se neutralise progressivement par le mouvement des échanges nutritifs, les modifications physico-chimiques du milieu, dont il ne faut pas oublier de tenir compte. Bientôt il n'en reste que l'oxyde de zinc et l'amiante, qui n'offre rien de dangereux, ni de menaçant pour la pulpe.

M. Choquet a bien voulu aussi s'occuper de mon travail, la première fois dans une discussion où, guidé par ses expériences, il affirme que le plâtre-albâtre se laisse traverser par les micro-organismes dans des conditions énoncées par lui, la seconde fois dans une étude sur la stérilisation idéale de la dentine.

En ce qui concerne ses expériences sur le plâtre-albâtre, je ne puis ajouter que peu de chose à ce que j'ai déjà dit. L'expérimentateur nous a fait un exposé très détaillé des multiples opérations auxquelles il s'est livré ; il a varié ses expériences, hésité sur ses conclusions et enfin, grâce à des ensemencements, des cultures, des colorations répétés, il parvient à se convaincre que le plâtre est traversé par les micro-organismes en peu de temps relativement.

Je me propose, lorsque j'aurai l'occasion de travailler dans un laboratoire de bactériologie, de reprendre moi-même ces expériences. Mais, en attendant, j'exprime toutes mes réserves quant aux affirmations de M. Choquet. Non pas que je considère ses conclusions comme inexactes ou inadmissibles, je n'en ai pas le droit, ne les ayant pas encore vérifiées, mais parce que les éléments de démonstration sur lesquels il devait asseoir votre conviction étaient et demeurent inexistants. Il nous a présenté pour toute preuve à conviction deux tubes contenant des liquides légèrement troubles ; chacun de ces liquides était séparé en deux parties par une couche de plâtre de plusieurs millimètres d'épaisseur. Et c'est tout. Je ne sais si cette abondance des faits démons-

tratifs est suffisante pour satisfaire votre esprit. A moi elle ne disait absolument rien. Ces tubes me rappelaient le fameux mur derrière lequel il se passe quelque chose.

Il demeure évident que je m'empresserai de m'incliner devant les conclusions de mon excellent confrère si quelque personne autorisée les déclarait conformes à la réalité. N'oublions pas une des conditions essentielles de la critique scientifique : « *testis unus, testis nullus* ».

J'arrive à l'étude de la stérilisation idéale de la dentine que M. Choquet a eu l'excellente idée de rattacher à l'étude de la phase parapulpaire. « J'ai eu, dit-il, la main absolument forcée par la présentation de ce travail, ne voulant pas courir le risque d'être devancé dans cette question. » Voici, certes, une déclaration singulièrement étrange. M. Choquet, si avide de découvertes inédites, si inquiet de n'être point devancé, travaille une question depuis plusieurs années, pratique la stérilisation idéale de la dentine depuis 1895, et cela sans nous en souffler le moindre mot! J'avoue que ce mutisme si prolongé me paraît incompréhensible, M. Choquet s'est toujours montré très empressé de nous renseigner sur ses travaux, même de moindre importance et j'oserai dire moins sensationnels. Et voici que mon travail le fait tout à coup sortir de son silence et que nous le voyons tour à tour faire des communications dont le succès fut retentissant à la société de Biologie, à la Société d'Odontologie, au Congrès d'Ajaccio.

Chose curieuse, pour cette question si longuement méditée, c'est M. Mahé qui, par une coïncidence providentielle, lui pose le problème. C'est en effet au dernier article de M. Mahé qu'il emprunte le thème fondamental de ses développements, la pierre angulaire de son édifice. Seulement quel dommage! Il arrive que M. Choquet a mal interprété la pensée de M. Mahé, et que j'ai eu raison, lors de la discussion, de faire mes réserves au sujet de cette interprétation. Voici en effet ce que M. Mahé a bien voulu m'écrire à ce sujet: « J'ai à vous remercier de la spontanéité avec laquelle vous avez bien voulu faire, en mon absence, des réserves

justifiées sur l'interprétation donnée par M. Choquet à l'une des propositions. Quand j'ai parlé en effet de la dentine « qui fut perméable à l'agent septique et qui ne l'est plus à l'agent antiseptique » je pensais surtout — et cela est spécifié par les lignes précédentes — à cette situation, que la clinique, à mon sens, démontre : dentine perméable, ensemencement sous-dentinaire de la pulpe, production intrapulpaire de toxines. Sous l'influence de cette toxine, réaction tardive de la pulpe et oblitération des canalicules. J'ai dit que dans ce cas je ne voyais pas le moyen de détruire un microbe qui a pris soin de fermer la porte devant lui. » Il est vraiment regrettable que M. Choquet ait construit sa théorie sur une proposition qu'il n'a pas comprise.

Toujours est-il que ce rapprochement, cette succession d'idées qui, partant de mon étude, passant par celle de M. Mahé, aboutissent à l'étude de M. Choquet me semblent très suggestifs et de nature a attester des relations de génèse très intimes entre mon article, celui de M. Mahé et celui de M. Choquet.

En ce qui concerne la méthode de stérilisation adoptée par M. Choquet, je crois qu'elle ne saurait s'appliquer à la phase parapulpaire. Pour moi, elle y est formellement contre-indiquée. S'il existe des cas où le traitement doit être écarté, c'est bien, à mon sens, dans la proximité immédiate de la pulpe. Un traitement aussi énergique affecterait certainement un organe aussi délicat.

M. le D[r] Sauvez, dans un résumé critique remarquable et lumineux qu'il fit au Congrès d'Ajaccio au sujet de la stérilisation idéale de M. Choquet, nous apprend une chose très intéressante. M. Choquet, dit-il, démontre par des expériences sur le chien la persistance de la vitalité de la pulpe après son traitement, de même que la formation de dentine secondaire comme résultat curatif de la réaction provoquée. Mais où sont ces expériences que nous ignorons complètement? Pourquoi M. Choquet n'apporte-t-il pas des preuves aussi préremptoires et d'une telle importance pour sa méthode? Car, songez au travail considérable que comporte

la démonstration expérimentale d'un fait de cette nature. Quelle œuvre de longue haleine ! Que de difficultés à vaincre ! Quel bel effort à déployer ! Car il ne suffit pas, bien entendu, pour établir un tel fait, de tenter un ou deux essais qui dans l'occurence équivalent à zéro. Il faut varier, multiplier les expériences, suivant les diverses phases de la carie progressante, suivant l'état particulier de la pulpe ; il faut surveiller les animaux durant des mois et des mois, les sacrifier progressivement ; il faut éliminer les expériences douteuses, et ne retenir que les faits probants ; il faut, en un mot, s'entourer de toutes les garanties pour donner aux phénomènes leur exacte interprétation. On croit si aisément ce que l'on veut croire ! Et tout ce travail aurait été laissé dans l'ombre, et nous n'en sommes informés que par hasard, par une heureuse indiscrétion de M. Sauvez !

Messieurs, je ne suis point de ces « grincheux » dont parle M. Choquet, qui médisent du laboratoire. Je crois même, en jugeant par les encouragements que vous prodiguez à M. Choquet, que ces grincheux font défaut parmi nous. Depuis longtemps j'ai voué une affection sincère au laboratoire, atelier où patiemment, silencieusement, s'élabore la vérité. Je crois avoir été un des premiers, sinon le premier, à avoir agité la question de l'organisation du laboratoire d'histologie et de bactériologie dans notre école. Mes sympathies et mon admiration vont donc spontanément vers ceux qui, faisant abstraction des nécessités et des jouissances matérielles de la vie, se dévouent à la poursuite de ce noble but : la conquête de la vérité scientifique.

Mais la vérité scientifique n'admet ni compromission, ni alliage ; elle est absolue. Ceux qui se dévouent à sa recherche doivent la rechercher sans préjugé, sans parti-pris, avec désintéressement, avec une impassibilité sereine. « Les yeux du savant, dit Bacon, ne doivent pas être mouillés de larmes. » Or, cette impartialité parfaite, cette défiance de soi-même, de ses propres suggestions est particulièrement difficile pour un expérimentateur qui travaille en solitaire, car alors les erreurs sont faciles à commettre, et l'on s'égare avec délice.

Et pour vous prouver que mes affirmations ne sont point gratuites je vous citerai un exemple absolument concluant.

C'était il y a 5 ou 6 ans, à une séance de la Société d'Odontologie tenue sous la présidence de notre très distingué confrère M. Martinier. La discussion portait sur le mécanisme de la consolidation dans la greffe dentaire et M. Choquet nous présentait alors une coupe ou plutôt un fragment de maxillaire de chien auquel il disait avoir greffé une dent; l'animal fut sacrifié après la consolidation de celle-ci. Il se proposait d'en pratiquer des coupes microscopiques pour démontrer expérimentalement le mode de consolidation dans la greffe dentaire.

Une telle présentation était, on le conçoit, d'une grande importance, puisque à l'heure qu'il est nous n'avons encore que des connaissances incomplètes sur ce sujet.

Quel ne fut pas mon étonnement lorsqu'en examinant la pièce de M. Choquet je pus me convaincre qu'il s'agissait purement et simplement d'un fragment de maxillaire de chien, sans plus !

J'exprimai alors mes réserves au sujet de cette présentation et m'attirai une vigoureuse réprimande de la part de M. Bonnard. Les choses en restèrent là, et je n'ai plus entendu parler de la démonstration expérimentale que M. Choquet se proposait de faire.

Messieurs, veillez m'excuser d'avoir rappelé ce pénible souvenir. Je ne l'aurai certes pas évoqué, si l'on ne nous parlait à tout moment de découvertes, de démonstrations, d'expérience, avec une légèreté déconcertante. Je sais les obligations que m'impose l'esprit de confraternité, mais je connais également les devoirs que nous crée le respect de la vérité. Sur ce terrain j'ai le droit et le devoir de garder toute mon indépendance et de dire complètement toute ma pensée. En disant à M. Choquet que le devoir de la science est de n'admettre un fait que lorsqu'il se présente comme parfaitement évident, en le mettant en garde contre ses propres entraînements si involontaires, je crois fermement servir mieux que par des applaudissements ses intérêts qui sont étroitement liés à ceux de la vérité scientifique.

GROUPEMENT DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Trois Médailles d'argent et une Médaille de bronze
à l'Exposition universelle de 1900

Tous les dentistes, médecins, fournisseurs pour dentistes, désirant faire partie de la Société civile de l'Ecole dentaire de Paris, de la Société d'Odontologie de Paris, de l'Association générale des dentistes de France, remplissant les conditions stipulées aux statuts, devront adresser une demande d'admission au Président, contresignée de deux membres de la Société.

Pour tous renseignements, s'adresser à l'Ecole dentaire de Paris 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

BUREAU POUR L'ANNÉE 1901

MM. Dr **E. Sauvez**, ✪, *président*.
Choquet, ✪, *vice-président*.
de Marion, ✪, *vice-président*.

MM. **Mendel-Joseph**, *secrétaire général*.
Charpentier, *secrétaire des séances*.
de Croës, *secrétaire des séances*.

MM. **L. Richard-Chauvin**, I ✪. } *Administrateurs délégués par le Conseil de Direction*
Touvet-Fanton. } *de l'Ecole Dentaire de Paris*.

PRÉSIDENT HONORAIRE : M. **Poinsot**, I ✪.

Les réunions de la Société ont lieu le premier mardi de chaque mois.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

CONSEIL DE DIRECTION POUR L'ANNÉE 1901

BUREAU

MM. Dr **Roy**, ✪, *président*.
De Marion, ✪, *vice-président*.
Audy, *vice-président*.

MM. **Stévenin**, *secrétaire général*.
Billet, *secrétaire adjoint*.
Rollin, ✪, *trésorier*.

PRÉSIDENT HONORAIRE : M. **Poinsot** I ✪.

MEMBRES DU CONSEIL

PARIS

MM. **Claser** ✠, **D'Argent** ✪, **Devoucoux**, Dr **Godon** ✻, ✪, **Lemerle**, I ✪, Dr **Maire**, **Martinier**, ✪, **Ed. Papot**, ☩, ✪, **Richard-Chauvin**, I ✪, Dr **Sauvez**, ✪, **G. Viau** ✻, I, ✪,

PROVINCE *(Nord-Est)*.

Audy (Senlis), **Chouville** (Saint-Quentin).

Sud-Est.

MM. Dr **Pont** (Lyon), **Schwartz** ✪ (Nimes).

Nord-Ouest.

Coignard (Nantes), **Richer** (Vernon).

Sud-Ouest.

Douzillé (Agen), **Torres** (Bordeaux).

MEMBRES HONORAIRES

MM. **Aubeau** (Dr) I ✪, **Berthaux**, **Debray** père, **Dugit** père, **Dugit** (A.), **Gardenat**, **Pillette**, **Ronnet** ✪, **Wiesner**, ✻, ✪.

COMITÉ SYNDICAL

MM. **Stévenin**, *président* ; **Devoucoux**, *secrétaire* ; **Billet**, **De Marion**, **Papot**.

CAISSE DE PRÉVOYANCE

MM. **Billet**, **Devoucoux**, **Papot**, **Rollin**, **Stévenin**.

AVANTAGES OFFERTS AUX MEMBRES DE L'ASSOCIATION

Service gratuit de *L'Odontologie*.

Conditions particulières consenties par la Cie d'assurances l'*Union*

Conditions spéciales consenties par **M. Vinsonnaud**, attaché au service « *Accidents* » de la Compagnie d'assurances « *La Foncière-Transports* ».

1re annuité, réduction de **7 0/0** à l'intéressé.
— versement de **3 0/0** à la Caisse de secours de l'Association.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES





D'AJACCIO

1901

SECTION D'ODONTOLOGIE

COMPTES-RENDUS SOMMAIRES PUBLIÉS PAR LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
Dr SAUVEZ.

Mardi 10 septembre.

Séance de section à 9 heures du matin.

Présidence de M. CH. GODON.

PRÉSENTATION D'UN APPAREIL DÉNOMMÉ « THE DENTAL CUMULATOR » SPÉCIALEMENT A L'USAGE DES MÉDECINS ET DENTISTES [1]

Par M. KELSEY D. D. S. (de Marseille).

Cet appareil, auquel il est difficile de donner un nom explicite, résulte de la combinaison :

1° D'une seringue à eau chaude, tiède ou froide, (6) avec une seringue à air (3) ;

2° D'un thermo-cautère à air chaud ;

3° D'un stérilisateur, (5) ;

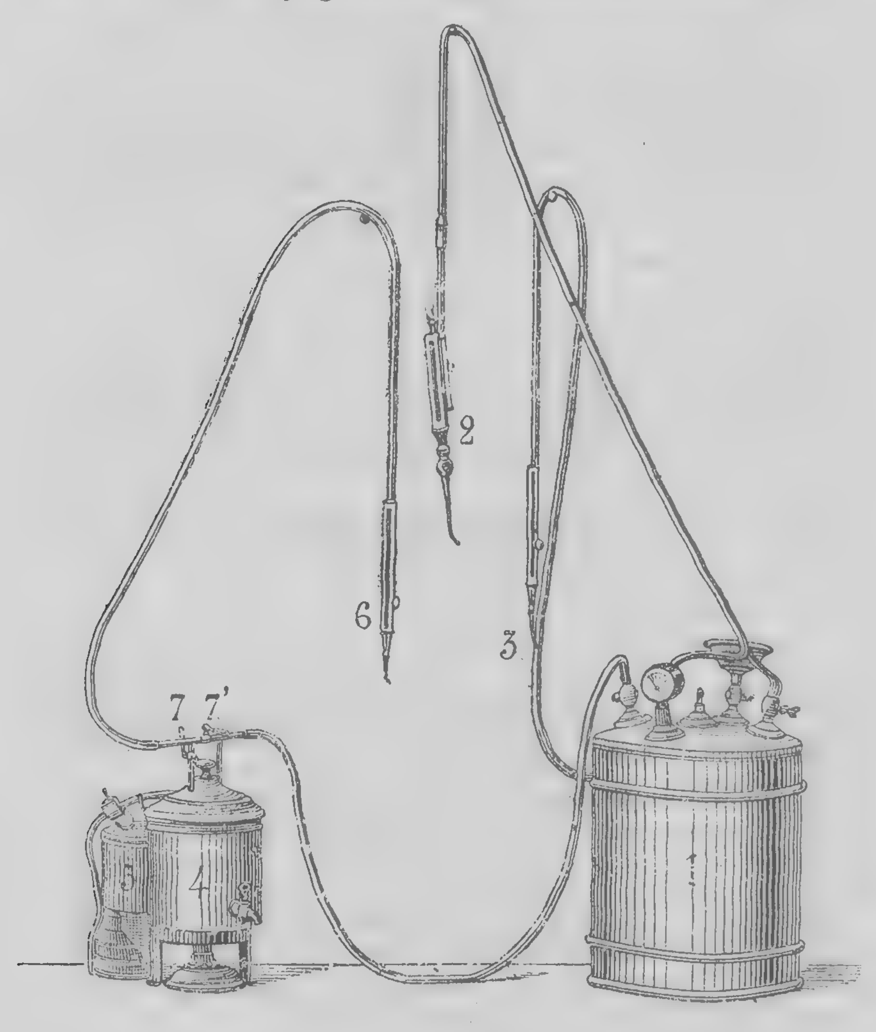
4° D'un réservoir à eau chaude (4) avec robinet.

La seringue à eau donne un jet continu à la température désirée et d'une force suffisante pour laver les cavités des dents, ainsi que les plaies réclamant une antisepsie rigou-

---

1. La réception tardive du cliché accompagnant cette communication nous a empêchés de la publier plus tôt. La discussion en a été insérée page 505 du n° du 15 novembre. N. D. L. R.

reuse et où l'usage des seringues à piston offre l'inconvénient d'être accompagné souvent de fortes douleurs.



Le réservoir à eau (4) est chauffé par une petite flamme (alcool, gaz, pétrole, huile, etc.), Comme le stérilisateur est directement en contact avec le réservoir 4, une solution antiseptique quelconque est maintenue à la température de celui-ci.

Cette petite lampe étant mobile peut être employée à tous les usages par le chirurgien-dentiste.

Le cliché ci-contre aidera à comprendre la construction et le fonctionnement du « cumulator ».

Les diverses seringues sont réunies au réservoir par des tubes de caoutchouc et actionnées par pression sur un bouton.

Le réservoir (1) étant vide, on le remplit jusqu'à moitié avec de l'eau stérilisée, ou avec une solution antiseptique faible quelconque.

Un entonnoir qu'on distingue dans la figure reçoit le liquide.

Au centre une valve à laquelle on fixe une pompe à air.

Un manomètre indique la pression qui doit être portée à 1 kilog. environ, force jugée suffisante pour le bon fonctionnement.

Les robinets étant fermés, on les relie aux diverses seringues.

Les seringues à air (2, 3) partent d'un robinet unique.

Pour régler la température de la seringue à eau, deux petits robinets 7, 7′ sont fixés sur une section métallique pénétrant dans le réservoir à eau chaude. Selon leur position, la solution passe directement du réservoir 1 dans la seringue 6 et l'on obtient alors de l'eau froide, ou bien elle suit le parcours du tube métallique dans l'intérieur du réservoir 4 et sort alors à une température plus ou moins élevée. Pour que l'eau se chauffe suffisamment au passage dans le réservoir, le tube métallique est considérablement élargi en ce point et permet alors à l'eau de séjourner un instant avant de passer dans la seringue.

Cet appareil est destiné, croyons-nous, à rendre de sérieux services à notre profession.

Mon fils et moi nous en avons installé un dans chacun de nos cabinets. L'eau et l'air proviennent d'un même réservoir.

Nos « cumulators » sont en fonctionnement depuis bientôt deux mois et nous donnent entière satisfaction.

La forme pourrait évidemment être sensiblement modifiée.



LA SYPHILIS DE LA BOUCHE ET SES RELATIONS AVEC LA MÉDECINE DENTAIRE

Résumé de la conférence faite à la Société des chirurgiens-dentistes de Vienne

Par M. le Dr Ernest Finger,

Professeur à l'Université de Vienne.

Le conférencier expose, en premier lieu, la nécessité pour le médecin-dentiste de connaître la syphilis.

1. Parce que le syphiliographe a souvent recours au médecin-dentiste dans les affections locales très nombreuses des cavités de la bouche.

2. Parce que la syphilis est une maladie contagieuse, et que, si le dentiste ne la connaît pas, il peut facilement communiquer une infection à ses patients non syphilitiques.

En ce qui concerne les affections primaires, la sclérose des tissus de la bouche et de la gorge tient la première place parmi les infections extra-génitales, par la fréquence des cas.

La sclérose a son siège :

1° Aux lèvres, et surtout à la lèvre inférieure. Dans les cas typiques, la lèvre présente une enflure œdématique et se projette en avant. On y distingue clairement un noyau induré, ulcéré au milieu.

Le contour extérieur de l'ulcère est d'une coloration jaune noirâtre, tandis que l'orifice est recouvert d'une couche diphtéroïde très adhérente. En soulevant cette croûte, on trouve soit une ulcération, soit une érosion brun-rougeâtre, brillante comme de la laque. De plus, il y a inflammation indolore des ganglions supérieurs et inférieurs.

Plus fréquentes encore sont les affections non typiques. L'affection se présente comme une simple rhagade. Quelquefois, on peut sentir avec les doigts l'induration ressemblant une petite plaque, pas plus grosse que du papier et pas plus grande qu'une lentille ; d'autres fois elle manque tout à fait.

Quand une rhagade dure des semaines et des mois et se maintient obstinément, le soupçon de la syphilis ne manque pas de fond. En

palpant les glandes sublinguales et submaxillaires, on arrive aisément au diagnostic.

2. Sclérose de la langue. Elle se montre presque toujours à la partie antérieure de la langue, la plupart du temps à la pointe ou au bord. Elle a deux formes :

a) Celle d'une érosion plate, rouge foncé ou avec surface diphtéroïde.

b) Celle d'un ulcère avec fond cratériforme et des bords en forme de murs.

La circonférence en est ronde ou ovale.

On remarque distinctement une inflammation indolente de la glande lymphatique.

3. Sur soixante-douze cas on a jusqu'ici observé l'affection primaire :

1° A la gencive, surtout à la mâchoire supérieure, et le plus souvent au voisinage des incisives et des dents de bouche, l'affection commençant du côté labial.

Dans ce cas, il y a de même une forme typique et une forme non typique. Il faut remarquer que la première atteint souvent une grande extension et s'étend jusqu'au palais. Pourtant, dans la plupart des cas, les dents ne s'ébranlent pas. Cette affection est le plus souvent très douloureuse et fait que le patient ne peut que péniblement mordre et mastiquer.

D'autre part cette affection se montre souvent sous l'aspect d'une érosion simple, ovale ou en forme de V., laquelle se distingue tout au plus par une couleur rouge un peu plus foncée. Dans ce cas aussi la ténacité de l'affection éveille le soupçon, et le diagnostic se pose par l'inflammation glandulaire. Dans un seul cas, cette inflammation s'est montrée à la glande parotide, dans les autres, toujours aux glandes submaxillaires et sublinguales ; on n'a jamais jusqu'ici observé un œdème de la fosse canine.

Sur dix-sept cas, il y en avait un dans le palais.

Dans un des cas décrits en détail, l'ulcère syphilitique se montrait sous forme de sclérose bien caractérisée sur l'arc-palatoglosse, dans un autre sur la partie dure du palais, rouge foncé légèrement élevée. Pas d'induration érosive ; mais les glandes lymphatiques sous-maxillaires étaient enflées. Les dix-huit cas dans lesquels l'affection primaire se trouvait à la joue étaient tous typiques. Ulcère induré avec surface graisseuse.

La localisation, dans les amygdales, est remarquable, parce qu'après celle de la lèvre, c'est la sclérose extra-génitale la plus fréquente et parce que, en second lieu, elle fait voir des symptômes qui, ordinairement, ne sont pas observés dans la syphilis. Un de ces symptômes, c'est d'abord la douleur qui, généralement, atteint un haut

degré et qui, partant de l'amygdale atteinte, s'étend à toute la moitié de la tête. Le second symptôme remarquable, c'est que l'affection commence avec de la fièvre, souvent un frisson se produit et la température monte jusqu'au delà de 40°. L'aspect de la maladie est très variable. Rarement il n'y a qu'une simple inflammation et rougeur. Quelquefois l'amygdale simplement rouge est dure, cela varie d'une légère induration à la sensation cartilagineuse ; mais le plus souvent l'inflammation présente à son centre un ulcère très profond et crevassé, avec un bord très gros en forme de mur, de sorte que l'aspect est plutôt celui d'un néoplasme malin ou d'une gomme. Ou bien encore l'amygdale est revêtue d'une pseudo-membrane très adhérente.

Ordinairement cette maladie est méconnue. Mais, dans ce cas, les glandes montrent le chemin du diagnostic. Les glandes sont toujours distinctement enflées vers le sternocléidomastoïdien, souvent à un tel degré qu'elles en sont remarquablement déformées. Il est vrai que, dans les formes du diagnostic différentiel à considérer avec de l'angine, ces inflammations glandulaires peuvent se montrer aussi, mais alors ce sont des gonflements inflammatoires, très douloureuses, tandis que cette inflammation des glandes n'occasionne que très peu de douleurs, bien souvent aucune.

Quant aux symptômes secondaires, l'angine spécifique est ordinairement le premier. Si, dans celle-ci, la simple rougeur se change peu à peu en couleur normale de la muqueuse du palais, la nature spécifique ne peut pas être diagnostiquée. La diagnose est plus facile dans les cas où la rougeur, comme cela arrive quelquefois, se sépare de la muqueuse saine par une bordure aiguë et serpigineuse.

Bientôt un symptôme caractéristique se joint à ces signes : la plaque muqueuse. Ces plaques se montrent sous forme de rougeurs circonscrites rondes et de la grosseur d'une lentille. Elles s'élèvent et se couvrent d'une surface adhérente de couleur jaune-blanchâtre remarquable, et quand on gratte cette surface ou quand elle tombe d'elle-même, on voit une érosion qui saigne légèrement.

Les plaques muqueuses peuvent se montrer partout dans l'intérieur de la bouche, mais elles ont pourtant leurs places de prédilection. Une de celles-ci est la lèvre. Sur les lèvres, on voit assez souvent des plaques muqueuses, qui siègent moitié sur la peau moitié, moitié sur la muqueuse. La première moitié est, dans ce cas, sèche, à peine élevée et couverte d'une croûte brun-jaunâtre, tandis que l'autre moitié présente les caractères décrits plus haut.

Si la plaque muqueuse est située à l'angle de la bouche, la place où elle se produit montre souvent une profonde rhagade.

Assez souvent les plaques se trouvent sur le frein de la lèvre supé-

rieure, rarement à la gencive, mais quand cela est, elles se trouvent le plus souvent dans la partie antérieure de la mâchoire inférieure. Alors la plaque atteint fréquemment le bord de la gencive et est cause que les papilles interdentales se résorbent, de sorte que le collet des dents est découvert en grande partie. On remarque surtout cette forme près des dents très cariées.

La plaque muqueuse présente une tout autre forme au niveau des dents de sagesse inférieures.

Là, la gencive enfle, il se montre une couche et quand celle-ci est passée, il reste une érosion fongeuse.

Aux dents incisives et spécialement aux dents canines, on peut observer un troisième type. Celui-ci a la forme d'une mince érosion en forme de faucille au bord de la gencive; il avance lentement vers le sac labiogingival, résorbant les papilles et découvrant le collet de la dent très bas. Ce type est remarquable par son opiniâtreté extraordinaire.

Dans presque tous ces cas le diagnostic est facilité par la syphilis de la peau présentée en même temps.

Il est difficile de reconnaître la maladie, quand les plaques muqueuses forment le seul symptôme d'une syphilis invétérée. A cette catégorie appartient une certaine sorte de plaques muqueuses, qu'on a l'occasion d'observer à la partie dure du palais. De petites plaques muqueuses au centre se guérissent, pendant que d'autres s'avancent vers la circonférence, il se montre des érosions fines comme un cheveu, circulaires ou polycycliques qui, souvent, résistent à toute thérapeutique.

Les plaques muqueuses de la langue qui, de préférence siègent à son bord, sont le plus souvent typiques, donc faciles à reconnaître. Mais aussi d'autres formes, en partie non typiques, ne sont pas rares. A ces dernières appartiennent les formes fissuraires. Des causes physiologiques produisent des fissures au bord de la langue. Si une telle fissure devient le siège d'une plaque muqueuse, la maladie présente un bord aigu autour de la fissure. Cette bordure est rouge, érosive ou couverte d'une surface diphtéroïde. Il y a aussi des fissures en forme d'étoiles dans lesquelles le plus souvent le centre montre une dépression et une ulcération plus profondes. Une forme tout à fait remarquable des plaques muqueuses de la langue et la « plaque lisse » des Français. Ce sont des plaques distinctement séparées, rondes ou ovales, rouges et lisses, ayant l'air d'être polies, qui se distinguent très clairement du reste de la surface de la langue d'une couleur gris rouge et semblables à du velours par leur couleur et leur état lisse, état causé par la perte des « papilles filiformes ».

Ces plaques sont très opiniâtres et reviennent très facilement.

Ici il faut mentionner aussi le gonflement de la langue, qui ap-

partient de même aux signes secondaires de la syphilis. La cavité buccale devenant trop petite pour la langue œdématiée, elle montre les traces des dents. Cette disproportion se montre spécialement quand de nombreuses dents manquent. La langue entre, pour ainsi dire, dans ces cavités de la bouche, de sorte que des bosses semblables à des papillomes se montrent et l'organe entier a l'air d'être lobuleux. Dans un cas on a même observé que ces bosses se changeaient en des tumeurs lymphangectastiques.

Une forme singulière dans le cours de la syphilis est présentée par le psoriasis de la muqueuse buccale. D'abord elle se présente sous des formes secondaires chez des gens qui sont surtout enclins aux formes sèches, non suppurentes.

Dans ces cas elle se montre après traitement et annonce une tendance à la récidive, ou bien c'est le signe d'une syphilis ancienne, indiquant le passage de l'état secondaire au tertiaire. Cette forme résiste dans la plupart des cas à tous les essais thérapeutiques, et trop souvent elle donne lieu à des néoplasmes malins. Ses endroits de prédilection sont, en premier lieu, les coins de la bouche, les lèvres en général, les plis de la joue, la pointe de la langue, le bord de la langue, la face inférieure de la langue et le fond de la bouche. Des plaques muqueuses en guise de localisation unique du virus se trouvent surtout à la partie dure du palais.

Etat tertiaire.

Comme partout, les gommes apparaisent aussi dans la voûte palatine, sous deux formes : en forme de nœuds ou de grosses tumeurs diffuses. Les premières deviennent molles et se changent en ulcères, les deuxièmes disparaissent plus ou moins complètement. Il faut aussi considérer des formes mixtes de ces deux formes.

Nous allons parler d'abord des formes procédant de la muqueuse et de la sous-muqueuse, ensuite de celles du périoste et des os.

1. Gommes de la muqueuse et de la sous-muqueuse.

a) Ce sont des gommes dures, non douloureuses, enfoncées dans les lèvres, de préférence dans la lèvre supérieure. Ces gommes font que peu à peu la peau s'élève, puis elle change de couleur, enfin elle se rompt et forme un ulcère torpide avec des bords et le fond couverts d'une surface graisseuse. Rarement l'ulcère se rompt dans la cavité de la bouche, et encore plus rarement la gencive est atteinte. Au contraire, la forme diffuse s'attache la plupart du temps à la lèvre inférieure, commençant loin du centre dans l'angle de la bouche et attaquant enfin la lèvre entière. Plus tard le tissu glandulaire se change en tissu cicatriciel. La lèvre devient plus mince et plus dure qu'elle ne l'était avant la maladie. La cicatrice est inégale, de sorte que la muqueuse apparaît comme séparée en lobes. Cette muqueuse mal nourrie est facilement atteinte de vastes ulcérations.

Les choses sont analogues pour la langue. La muqueuse placée au-dessus de l'induration devient lisse à cause de la perte des « papilles filiformes » ; la langue est œdématiée avec nodules, et enfin l'ulcération avec les bords — rempart — et le fond en cratère se montre. Telle est au moins la marche de la maladie avec les gommes siégeant à la surface dans la muqueuse et la sous-muqueuse. Pour les gommes qui se montrent dans les muscles, la muqueuse reste longtemps sans changement, et l'on remarque peu qu'elle se voûte. Les premières se montrent le plus souvent sous forme multiple, les dernières isolées. Toutes les deux produisent des douleurs assez vives et la salivation est augmentée.

Dans la forme scléreuse les processus sont analogues à ceux des lèvres. D'abord œdème de tout l'organe, puis amincissement, avec des érosions atrophiques de la muqueuse. Les processus cicatrisés de la couche musculaire diminuent la mobilité de la langue.

Au palais, au contraire, nous voyons la plupart du temps des indurations grosses comme des lentilles et de couleur brun-rouge qui occasionnent les ulcères décrits déjà plusieurs fois. Ceux-ci sont le plus souvent aisés à guérir, laissent des cicatrices en forme d'étoiles et ne causent pas de douleurs. Jamais la nécrose de l'os se déclare.

Les gommes profondes de ces parties sont des cas plus difficiles. Elles sont solitaires, de préférence sur la ligne médiane. S'il y a formation d'ulcère, le pus contenu dans les parties solides sort, et la sonde touche l'os devenu rugueux. L'ouverture de la fistule s'élargissant peu à peu, le morceau d'os nécrosé se détache et il est expulsé, ou bien on peut le retirer facilement avec la pince ; si le processus embrasse toute l'étendue de l'os, il peut donner origine à une perte de substance durable entre les cavités de la bouche et du nez.

Lang a vu plusieurs fois l'induration sortant comme un champignon de l'alvéole, de façon à former une épulis.

Les gommes du corps de la mâchoire supérieure sont très rares. Elles aboutissent à une nécrose superficielle ou complète, dans ce dernier cas à une communication des cavités de la bouche des mâchoires et du nez. On a aussi observé, quoique rarement, des formations ostéoplastiques qui croissaient lentement.

A tort, la mâchoire inférieure était réputée inaccessible à la syphilis. On observe aussi dans cette partie les deux formes de l'affection du périoste de l'os. La forme ostéo-plastique apparaît sous forme d'œdème fusiforme douloureux, qui, en partie, passe sans occasionner de troubles remarquables de voisinage ; dans d'autres cas elle est accompagnée d'un œdème de la joue et des parties adjacentes du cou, de sorte que le malade peut être suffoqué, ce qui donne lieu à la trachéotomie.

Ces complications se rencontrent surtout dans les cas où le périoste est attaqué largement.

On comprend que cela peut aussi arriver avec une gomme du fond de la cavité nasale. Le diagnostic différenciel rappellera que, dans le premier cas, avant la formation de l'ulcère, on sentait un noyau induré, dans le second cas une grosseur fluctuante. Outre ces formes aboutissant à la nécrose, il y en a d'autres qui amènent des résorptions avec des épaississements persistants du périoste. Les douleurs se déclarant le plus souvent d'une manière exacerbée pendant la nuit, on peut les pronostiquer avec sûreté. Ces formes tiennent le milieu entre les formes secondaires et les formes gommeuses. La tumeur a des formes plates, ovoïdes, est presque toujours située dans la ligne médiane, 1 cm. derrière la dent molaire, elle a une longueur de 3 cm. et une largeur de 1 cm. et fait mal quand on la presse.

Une localisation plus rare atteint la mâchoire supérieure par le périoste.

Plusieurs dents sont ébranlées, ensuite se montre l'ulcère typique qui, peu a près, détruit la muqueuse, d'où fétidité de la bouche, grande difficulté en mangeant et en parlant. Le plus souvent seulement l'os incisif est atteint et nécrosé.

Souvent il y a anesthésie des parties de la peau nourries par le mentonnier à cause de la compression des nerfs.

Une maladie tout à fait singulière, dont la nature n'a pas encore tout à fait été déterminée, est le « mal perforant buccal ».

Sans signes préliminaires quelconques des dents tout à fait saines s'ébranlent et tombent. Peu après les bords des alvéoles et le bord de la mâchoire se résorbent.

En même temps plusieurs perforations vers la partie nasale se produisent dans la partie molle du palais. Toutes ces altérations se font sans que la moindre douleur soit ressentie. Les patients ne souffrent que par la fétidité insupportable.

Ceux qui décrivent cette affection croient que c'est une maladie primaire du trijumeau.

A la fin le conférencier passe en revue les infections de la cavité de la bouche, qui sont connues dans la littérature dentaire.

Un cas d'infection unique dans son genre est celui de Knight. Affection primaire de l'amygdale chez une femme âgée qui se servait de la même poudre dentifrice que son neveu syphilitique.

On comprend plus facilement les six cas d'infection par une brosse à dents, un à la pointe de la langue, un au palais, un à l'arc-palato-glosse, trois à la gencive.

Six cas d'infection par des cure-dents, un à la pointe de la langue, un au palais, quatre à la gencive.

Le fait remarquable que quatre de ces six infections ont eu lieu à Vienne est expliqué par le conférencier, par l'habitude qu'ont les garçons de café viennois de remettre dans les porte-cure-dents,

après les avoir servis, les cures-dents qui se trouvent sur la table.

L'infection donnée par le dentiste n'est pas rare. Le conférencier a vu trois de ces cas avec infection au doigt. Elles sont causées en partie pas des plaies déjà existantes du doigt, ou bien la plaie et l'infection se produisent en même temps par morsure ou parce que le dentiste se blesse au bord tranchant d'une dent.

A noter aussi des scléroses du visage, si le patient crache au visage du praticien sur une place privée d'épiderme. Dans cinq de ces cas la paupière était le siège de la sclérose. Très remarquable est le cas de Nauham. Il se rapporte à un dentiste qui, lors de l'extraction d'une dent, fut touché et blessé au visage par les ongles d'un patient. Il lui survint une forme maligne, avec une sclérose primaire du dos du nez. A ces cas s'ajoutent dix-sept cas d'infection de patients, un à la langue, un au coin de la bouche, un à la lèvre, les autres à la gencive. La plupart de ces infections étaient causées par les instruments. En désinfectant, les instruments, il ne faut pas oublier le manche, car on a observé plusieurs infections par des attouchements avec du nitrate d'argent dont naturellement le manche seul et non le nitrate d'argent qui détruit tous les germes, peut avoir été la cause.

L'infection par le médecin se produit surtout quand il ne sait pas qu'il est lui-même atteint. Tellier recommande avec raison de regarder comme suspect toute enflure qui semble parasitique. On ne peut recommander assez vivement de protéger par un pansement la plus petite blessure aux doigts. Mais pour éviter le danger, il est aussi nécessaire de connaître la syphilis.

Amalgame Wolfram (Tungstène).

MM. Robert W nter et Victor Pappenheim, de Berlin, ont pris un brevet en Allemagne pour un nouvel amalgame au tungstène qui contient en même temps une matière obturatrice. Ce minéral, qui jusqu'à présent n'avait pu être utilisé ainsi à cause de sa fusibilité difficile, possède, paraît-il, une élasticité que n'offrent point les autres amalgames d'or, d'argent et de cuivre.

Le tungstène pouvant maintenant être manipulé comme les autres matières obturatrices est mélangé avec des oxydes métalliques et avec de la poudre d'aluminium le mélange est comburé, ce qui amène le dépôt du tungstène et du métal ajouté, tandis que l'oxygène de l'oxyde métallique forme de l'alumine avec l'aluminium.

Ce dépôt convient parfaitement à l'amalgamation et il en résulte une matière résistante qui rend difficile la fracture des bords des couronnes ou des obturations.



JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

L'Odontologie fait traiter ici par son collaborateur spécial les questions de jurisprudence que ses lecteurs désirent faire élucider.

Secret professionnel. Révélation. Médecin. Délit. Absence d'intention de nuire.

Cour de cassation (crim.), 9 novembre 1901.

L'article 378 du Code pénal punit toute révélation du secret professionnel, sans qu'il soit nécessaire d'établir, à la charge du révélateur, l'intention de nuire.

En imposant à certaines personnes l'obligation du secret comme un devoir de leur état, le législateur a entendu assurer la confiance qui s'impose dans l'exercice de certaines professions, et le délit existe dès que la révélation a été faite avec connaissance, indépendamment de toute intention spéciale de nuire.

(E...).

(Rejet du pourvoi formé contre un arrêt de la *Cour de Rennes, du* 8 *mai* 1901 : *Gazette des tribunaux*, 16 novembre 1901.)

Nota. — Les questions relatives au secret professionnel semblent, depuis quelque temps, à l'ordre du jour devant les tribunaux. Profitons-en pour donner un aperçu des difficultés qui peuvent se rencontrer en la matière.

Ainsi que le dit *Larousse*, « certaines professions mettent inévitablement les personnes qui les exercent dans la confidence de secrets dont la divulgation pourrait porter de graves atteintes à l'honneur des particuliers et des familles. Ces professions obligent à une discrétion inviolable ».

Et c'est ce qu'à son tour a proclamé la jurisprudence, en décidant, en principe, que le secret professionnel constitue une obligation absolue et d'ordre public (*C. Besançon*, 7 *juin* 1899 ; — *Cass.* 9 *novembre* 1901).

Nous en tenant, pour notre part, à ce qui a trait au secret médical, nous rappellerons que les médecins, officiers de santé, dentistes et sages-femmes ont toujours considéré comme un devoir professionnel l'observation rigoureuse du secret.

Rappelons le serment d'*Hippocrate :* « Quoi que je voie ou entende dans la société, pendant l'exercice ou même hors de l'exer-

cice de ma profession, je tairai ce qui n'a jamais besoin d'être divulgué, regardant la discrétion comme un devoir en pareil cas, » et c'est ce que les anciens statuts de la *Faculté de médecine* parisienne, remontant à 1599 et imprimés en 1602, résumaient en cette formule latine : « *Ægrorum arcana, visa, audita, intellecta, eliminet nemo.* »

Il y a là comme une règle imposée par les mœurs constantes de certaines professions et comme une tradition quasi-séculaire, si bien traduite par l'antique formule du serment que prêtaient, en un latin transparent, les nouveaux docteurs en médecine de la *Faculté de Paris*.

C'est qu'en effet violer un secret a toujours été considéré comme une mauvaise action.

Et lorsque celui qui se rend coupable de la divulgation est par état dépositaire du secret, sa profession, si le fait restait impuni, deviendrait un piège tendu à la confiance publique, confiance cependant indispensable à l'exercice professionnel.

Voilà, pourquoi, jusqu'au début de notre siècle, alors qu'aucun texte de loi n'imposait en France de sanction pénale à l'obligation morale du secret, la jurisprudence des tribunaux avait pris soin de combler cette regrettable lacune.

Il n'en est fort heureusement plus ainsi depuis 1810. Le secret est devenu, de par l'article 378 du Code pénal, un devoir légal, et désormais « les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et *toutes autres personnes* dépositaires par état ou profession des secrets qu'on leur confie, qui, *hors les cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs*, révèlent les secrets, sont punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois ou d'une amende de 100 à 500 francs. »

Cet article, complété par l'article 15 de la loi du 30 novembre 1892 en ce qui concerne les maladies épidémiques, est, pour le dire en passant, désormais applicable aux dentistes.

Pour que le délit existe, il faut la réunion de 3 conditions :

1° Être dépositaire par état ou profession du secret d'autrui ;

2° Révéler effectivement le secret confié en raison de l'état ;

3° Avoir la volonté de révéler le secret.

Dalloz énonce une quatrième condition, qui consisterait en ce que la volonté doit être inspirée par l'intention de nuire. Mais cette condition a été rejetée par le dernier état de la jurisprudence, que nous ferons connaître dans un instant.

Comme on le voit, le législateur n'a voulu faire aucune distinction ; « il y a, — ce sont les propres expressions de M. *Muteau*, auteur d'un excellent *Traité du secret professionnel*, que je relève, — solidarité pour tous au même degré : administrateurs, directeurs d'hôpitaux et

hospices, internes et externes, infirmiers, etc., toutes personnes enfin, appelées dans l'exercice de leur ministère professionnel à visiter, soigner ou faire soigner des malades, et qui apprennent ou surprennent des faits confidentiels, sont, comme les médecins eux-mêmes, tenus de les garder pour elles (*Cass.* 7 *avril* 1870 ; — *C. Bruxelles*, 8 *novembre* 1880 ; — *Cass.* 18 *août* 1882). »

Mais on est obligé de constater le caractère incomplet de la nomenclature établie par la loi ; elle s'est contentée de procéder par exemples, au lieu de faire une énumération limitative, et le défaut de précision, il faut en convenir, est chose absolument regrettable, pour ne pas dire intolérable, en matière pénale.

Quoi qu'il en soit, cette nécessité du secret qui pèse sur certaines professions se justifie amplement. Il s'établit, en effet, entre les praticiens et la clientèle des rapports nécessaires, qui font que les premiers sont inévitablement renseignés, — surtout lorsqu'il s'agit de malades admis dans les établissements hospitaliers ou dans les cliniques, — sur les maladies dont cette clientèle peut être atteinte.

Les communications constantes du personnel hospitalier avec les médecins, les mentions inscrites sur les certificats délivrés par les praticiens, la lecture et l'examen des ordonnances, ne voilà-t-il pas autant de sources d'indiscrétions possibles, et ne fallait-il pas, dès lors, imprimer à la nécessité du secret un caractère absolu, aussi bien pour les individus qui, par état ou profession, reçoivent directement les confidences (sauf, ainsi que l'a décidé le *tribunal du Havre*, par *jugement du* 30 *juillet* 1886, à être, à leurs risques et périls, seuls juges du caractère plus ou moins confidentiel de la révélation) que pour ceux qui sont à même par leur situation de connaître ces secrets (bien que la confidence ne leur en ait pas été faite) ou ceux qui, auxiliaires et confidents nécessaires, ont reçu ces confidences de la part du détenteur même du secret avec lequel ils collaborent ?

C'est l'expérience qui nous apprend qu'il est des cas où la profession elle-même encourage la confidence, et où, comme dit *Pabon*, l'indiscrétion toucherait à l'intérêt public, parce qu'elle ébranlerait la confiance que doivent inspirer certaines professions.

C'est pour cela que, s'il est vrai que des révélations à un auxiliaire nécessaire n'ont aucun caractère illicite, il a été jugé avec raison qu'un semblable auxiliaire qui viole le secret dont il a eu ainsi connaissance en doit être personnellement responsable (*Cass.* 8 *décembre* 1864 ; — *Cass.* 13 *mars* 1897), — à moins qu'il n'ait reçu cette confidence de celui qui en est directement dépositaire que d'une façon accidentelle, et non par état ou profession.

Au surplus, il n'est pas indispensable, du moment qu'il s'agit d'un secret parvenu à la connaissance de l'homme de l'art en raison de sa

qualité, c'est-à-dire d'un secret professionnel, que les faits lui aient été confiés sous le sceau du secret. Il suffit, pour que l'obligation existe, que les faits aient été connus dans l'accomplissement de la profession (*Cass.* 16 *juillet* 1886); et il faut, bien entendu, qu'il ne s'agisse pas d'une révélation qui serait de nature à nuire, non au malade, mais à un tiers; car la prétendue révélation s'appliquerait, alors, non à un dépositaire du secret, mais à un témoin.

D'ailleurs, le secret professionnel protège le malade, aussi bien après son décès que de son vivant, et il a été jugé que les héritiers du défunt (pas plus qu'une Cie d'assurances sur la vie avec laquelle un contrat aurait été passé) ne sauraient relever du secret, parce que cette faculté de relever, en admettant qu'elle fût possible, est toute personnelle au défunt et n'est point transmissible (*Trib. Havre,* 30 *juillet* 1886; — *Cass.* 1er *mai* 1899; — *C. Besançon*, 7 *juin* 1899).

D'autre part, la nécessité du secret a amené d'utiles réformes dans nos hôpitaux.

Grâce à cette obligation, le *recto* des pancartes des malades est soustrait désormais à la curiosité des visiteurs qui viennent voir les hospitalisés. Le *verso* seul apparaît aux regards; mais ce n'est que sur le *recto* que se trouvent inscrits le nom du malade, le diagnostic, et indiqués l'historique et le caractère de la maladie.

On a bien essayé de soutenir que c'était violer le secret que de livrer de semblables documents à l'Administration hospitalière. Mais les agents de celle-ci ne sont-ils pas, au 1er chef, des auxiliaires nécessaires ?

Et puis, les règlements prescrivent de catégoriser les hospitalisés suivant la nature de la maladie. Comment y parvenir, si l'on ne peut faire usage de ces documents ? Ne voit-on pas par là qu'ils sont utiles autant dans l'intérêt des malades que de ceux qui les soignent ?

D'ailleurs, à défaut d'indications sur la nature du mal (de la syphilis, par exemple), comment éviterait-on aux infirmiers ou aux voisins du malade la possibilité de contagion de l'affection, et leur permettrait-on de prendre les précautions nécessaires ?

C'est dans cet esprit qu'en 1892 le *Conseil supérieur de l'Assistance publique*, s'inspirant de ce qui se faisait déjà dans les grandes villes, où le secret était assuré aux femmes ou aux filles enceintes qui en exprimaient la volonté, a organisé des services de maternités secrètes, dépendant soit d'un établissement hospitalier, soit d'une maternité hospitalière ou d'un asile-ouvroir.

Une autre conséquence de l'obligation stricte du secret, est qu'il ne saurait être fait état en justice d'un certificat médical, qui serait délivré en manquement aux devoirs de discrétion qu'impose la loi

(C. *Aix*, 16 *janvier* 1900), — le médecin eût-il connu les faits consignés dans le certificat comme ami, et non comme praticien (*Cass.* 18 *juin* 1901).

Ce sont des raisons semblables qui ont fait interdire au médecin de révéler, en cas de projet de mariage, aux parents de la jeune fille, l'état tuberculeux du jeune homme aspirant à sa main (*Seine*, 11 *juillet* 1901).

On doit aussi ranger parmi les secrets professionnels dont la révélation est de plein droit interdite, les soins donnés à la personne atteinte d'une maladie vénérienne, c'est-à-dire à celle que la pièce récemment interdite de M. *Brieux* appelle pittoresquement un *avarié*.

— Mais le secret médical n'est pas seulement un devoir, il est également un droit pour le médecin.

Celui-ci peut toujours refuser de le révéler, même à la demande et sur l'autorisation formelle et écrite de la partie intéressée, — fût-il même cité par elle en témoignage devant le tribunal, — sauf à comparaître, afin d'éviter le paiement d'une amende, et à refuser de rendre compte des faits qu'il a connus en sa qualité professionnelle, en prêtant serment qu'il considère comme confidentiels les rapports qui l'ont amené à connaître les faits sur lesquels il est interrogé (*Montpellier*, 24 *septembre* 1827 ; — *Grenoble*, 23 *août* 1828 ; — *Cass.* 11 *mai* 1844 ; — *Grenoble*, 24 *mai* 1882).

L'autorisation donnée par l'intéressé et relevant le médecin de l'obligation du secret a, cependant, parfois été validée en justice (*Seine*, 21 *avril* 1870 ; — *Seine*, 18 *novembre* 1875 ; — *Toulouse*, 10 *février* 1898, espèce où l'accord unanime des parties dans une instance en séparation de corps autorisait le médecin à s'expliquer à propos d'une maladie vénérienne) ; — *Trib. Fougères*, 29 *juin* 1898).

A en croire *Littré*, le médecin, en pareille occurrence, ne peut prendre pour guide que son savoir et pour conseil que sa conscience.

C'est fort bien dit ; mais est-ce juridique ? Nous doutons, pour notre part, qu'un tel consentement ôte à la révélation son caractère délictueux.

Cela n'empêchera pas, il est vrai, un malade de demander à son médecin la délivrance d'un certificat et, s'en servant à sa guise, de révéler sa propre maladie ; il est clair qu'en ce cas, l'article 378 du Code pénal ne serait pas applicable.

En principe, le devoir de discrétion ne saurait être trop rigoureux.

Le médecin doit donc se garder, dans une note d'honoraires, de rien dire qui puisse constituer une révélation de secret, et, en cas de

poursuites, de rien confier de confidentiel à son avocat, bien que ce dernier soit aussi tenu du secret (*Seine*, 11 *mars* 1864; — *C. Paris*, 14 *avril* 1864).

J'en dirai autant d'une expertise dont un homme de l'art serait chargé.

L'obligation du silence paraît si nécessaire aux tribunaux que, le cas échéant, lorsque la correspondance d'un médecin pourrait être révélatrice, ils en ordonnent la remise aux intéressés, afin d'assurer le secret (*C. Paris*, 22 *juin* 1868) ou font défense de la publier, comme cela a eu lieu dans une instance en divorce (*Cass.* 13 *juillet* 1897).

— Comme nous l'avons dit déjà, cette nécessité du secret s'impose aux sages-femmes, qu'elles reçoivent ou non des pensionnaires chez elles; la jurisprudence a refusé à bon droit de les assimiler à des logeurs ou aubergistes (*Cass.* 30 *août* 1833 ; — *Cass.* 1er *août* 1845 ; — *Cass.* 20 *juin* 1886).

Il en est ainsi du directeur d'un hôpital. De cette solution dépendaient la sécurité des malades et l'honneur de leurs familles.

C'est encore dans le même esprit qu'il a été décidé qu'un directeur de maternité était fondé à refuser à un juge d'instruction, qui faisait des recherches sur la mère d'un enfant du sexe masculin, la communication de ses registres (*Cass.* 14 *mars* 1895).

— Aurait-on, par hasard, le droit de consigner en une brochure ou dans un ouvrage scientifique, contenant des particularités intimes sur les antécédents héréditaires et les phénomènes de la maladie, appuyés d'initiales et de photographies, des observations faites sur un malade, ou résultant de ses propres confidences ou de celles de son entourage ?

Non, a-t-il été répondu, à propos du directeur d'un hospice d'aliénés, ou d'un médecin traitant (*Besançon*, 23 *novembre* 1888 ; — *Cass.* 16 *mars* 1893 ; — *Bordeaux*, 5 *juillet* 1893).

La même solution est intervenue pour les médecins-accoucheurs, qui ne sont pas tenus de déclarer le nom de la mère (*Cass.* 16 *septembre* 1843 ; — *Agen*, 20 *avril* 1844 ; — *Cass.* 18 *juin* 1846 ; — *Cass.* 16 *septembre* 1884), — surtout s'ils ne l'ont connu qu'à raison de l'exercice de leur profession (*Cass.* 1er *juin* 1844), — ni le lieu de la naissance de l'enfant (*Cass.* 16 *septembre* 1843).

Il y a eu conflit pourtant autrefois, et certaines décisions taxaient d'obligatoire la déclaration par le médecin ou l'accoucheur du nom de la mère (art. 346 C. pén.), parce que, suivant elles, le devoir du secret devait céder devant l'obligation plus large de garantir l'état civil des nouveau-nés (*Dijon*, 14 *août* 1840 ; — *Paris*. 20 *avril* 1843 ; — *Gand*, 3 *août* 1853).

Citons encore, en passant, une solution qui refuse au médecin de s'abriter derrière le secret professionnel, lorsque c'est à la suite d'un duel auquel il a assisté que les circonstances donnant lieu à l'enquête sont parvenues à sa connaissance (*Bruxelles*, 8 *novembre* 1880 ; — *Cass.* 18 *août* 1882). Le devoir de déposer en justice comme témoin l'emporte, en ce cas, d'après ces décisions, sur l'obligation du secret.

— Nous avons déjà parlé de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, à l'occasion des dentistes, dont elle a déterminé le caractère légal ; il n'est pas douteux que l'article 378 du Code pénal est applicable aux dentistes, aux élèves et aux mécaniciens qu'ils emploient, comme aux médecins eux-mêmes. Les mots *toutes autres personnes* de cet article en sont la preuve, et l'examen de la bouche peut parfois révéler un état pathologique, dont il serait dangereux de tolérer la divulgation (V. *Lechopié et Floquet*, p. 130 et 181 ; — *Pabon*, p. 93 et 161 ; — *Roger et Godon*, p. 145).

A un autre point de vue, la loi de 1892 est venue, par son article 15, compléter l'article 378 du Code pénal.

Cet article exige des docteurs, officiers de santé et sages-femmes, qu'ils fassent à l'autorité publique, une fois le diagnostic établi, et suivant un certain mode déterminé par un arrêté du ministre de l'intérieur, la déclaration des cas de *maladies épidémiques* qu'ils ont observés.

La liste de ces maladies a été cataloguée d'avance en un arrêté ministériel, après avis de l'*Académie de médecine* et du *Comité consultatif d'hygiène de France*, et de semblables communications, faites avec mesure dans un intérêt public (*Cass.* 13 *mars* 1897), n'ont pas, aux yeux du législateur, paru constituer une divulgation engageant le secret professionnel. Ces révélations devaient être autorisées, du moment qu'il s'agissait de la protection et de la défense immédiate de la société (*Bordeaux*, 5 *juillet* 1893). Il n'y a pas là, en réalité, de secret ; mais une garantie que la loi donne à tout le monde, et en particulier aux malades eux-mêmes, et, de plus, la déclaration n'est faite qu'à l'Administration, c'est-à-dire à un auxiliaire nécessaire, contre les révélations de qui les sanctions légales ont donné des armes suffisantes.

Rappelons, en passant, que l'article 30 du Code d'Instruction criminelle oblige tout témoin d'un attentat commis contre la sûreté publique ou contre la vie ou la propriété d'un individu, à en donner avis au parquet ; ce devoir de dénonciation pourrait, à l'occasion, causer quelque embarras aux personnes liées par le secret professionnel.

Nous avons dit plus haut que, suivant *Dalloz*, un des éléments

constitutifs du délit résidait dans l'intention de nuire, et c'est en ce sens que s'était prononcé l'arrêt de *Cassation du 23 juillet* 1830, qui exigeait, pour la répression, la constatation de l'intention de nuire à celui dont on divulguait le secret. Le repos de celui-ci n'est-il pas, en effet, aussi troublé par une révélation indiscrète que par une révélation intentionnellement méchante ?

Mais, depuis lors, l'affaire du Dr Watelet, qui a fait quelque bruit, a modifié complètement cette jurisprudence, et l'arrêt du 9 novembre 1901, que nous recueillons aujourd'hui, consacre définitivement l'évolution.

Pour réprimer la violation du secret, il n'est pas indispensable de constater chez le délinquant l'intention de nuire ; il suffit que sa révélation ait été faite avec connaissance et par pure légèreté (*Seine, 11 mars* 1885 ; — *C. Paris, 5 mai* 1885 ; — *Cass.* 19 *décembre* 1885 ; — *Cass.* 9 *novembre* 1901).

Mais, bien entendu, l'action en réparation du préjudice causé par la violation du secret n'appartient, en principe, qu'à la victime même de la divulgation. L'héritier ne pourrait l'invoquer que s'il était, soit dans sa personne physique, soit dans sa personne morale, lui-même atteint par la révélation (*Bordeaux*, 5 *juillet* 1893).

F. W.

Dentiste. — Plaques et annonces. — Usurpation du titre de chirurgien-dentiste. — Disparition du titre usurpé de la plaque et des annonces. — Cause d'atténuation. — Faute lourde subsistante. — Préjudice réel. — Loi du 30 novembre 1892.

Tribunal civil de Lille (2e ch.) : 5 août 1901.

Le dentiste qui, en violation de la loi du 30 novembre 1892, a pris, pendant un certain temps, sur des plaques et dans les annonces, le titre de chirurgien-dentiste, et qui, reconnaissant l'usurpation, soutient que la demande est devenue sans objet, à raison de ce que le titre a, depuis, disparu de ses annonces et de ses plaques, n'en a pas moins commis une faute lourde, en prenant publiquement, pendant un certain temps, un titre qu'il savait ne pas lui appartenir.

La circonstance qu'il aurait fait disparaître ce titre de ses annonces et plaques antérieurement à l'assignation apparaît comme une cause d'atténuation et non d'extinction du préjudice réel dont se plaignent les demandeurs.

Il n'est pas douteux que le dentiste, à raison de l'usurpation, pendant un certain temps, d'un titre offrant toute garantie au point de vue dentaire, a détourné à son profit une clientèle qui, non induite en erreur, se serait adressée de préférence aux demandeurs, légalement investis d'un tel titre.

(De Rousseaux, Bianchi et Bourgogne contre Polack).

Le Tribunal,

Attendu que la dame Rousseaux et les sieurs Bianchi et Bourgogne, en leurs qualités de chirurgiens-dentistes, ont, par exploit du 31 mai 1901, assigné Polack à fins de dommages et intérêts et d'insertion pour avoir, en violation de la loi du 30 novembre 1892, pris, depuis un certain temps, à Lille, sur des plaques et dans les annonces, le titre de chirurgien-dentiste ;

Attendu que Polack, tout en reconnaissant l'usurpation, soutient que la demande est sans objet aujourd'hui, à raison de ce que le titre a disparu dès le 2 janvier 1901 de ses annonces, et dès le 9 du même mois de ses plaques ;

Mais attendu que Polack n'en a pas moins commis une faute lourde, en prenant publiquement, pendant un certain temps, un titre qu'il savait ne point lui appartenir; que, d'autre part, la circontance qu'il aurait fait disparaître ce titre de ses annonces et plaques antérieurement à l'assignation apparaît comme une cause d'atténuation et non d'extinction du préjudice dont se plaignent les demandeurs ;

Qu'au surplus, ce préjudice est réel;

Qu'il n'est pas douteux que Polack, à raison de l'usurpation, pendant un certain temps, d'un titre offrant toute garantie au point de vue dentaire, a détourné à son profit une clientèle qui, non induite en erreur, se serait adressée de préférence aux demandeurs, légalement investis d'un tel titre;

Attendu, toutefois, que la demande, de ce chef, est exagérée : qu'eu égard aux divers éléments ci-dessus, il convient d'arbitrer les dommages et intérêts à la somme de 25 francs, et de limiter à 2 le nombre des insertions ;

Par ces motifs :

Donnant acte à Polack de ses soumissions ;

Lui fait défense de prendre à l'avenir le titre de chirurgien-dentiste, sous une astreinte de 10 francs par chaque contravention constatée ;

Condamne Polack à payer aux demandeurs la somme de 25 francs à titre de dommages et intérêts, pour les causes susénoncées ;

Ordonne qu'à titre de supplément de dommages et intérêts, le présent jugement sera inséré aux frais du défendeur dans deux journaux de l'arrondissement de Lille, au choix des demandeurs ;

Condamne le défendeur aux intérêts judiciaires et dépens ;

Rejette comme injustifiées toutes conclusions contraires ou plus amples.

Note. — Par un autre jugement en date du même jour (aff. *Rousseaux* et autres contre *Gennevoise*), *le tribunal civil de Lille* a rendu une décision analogue.

La solution intervenue et absolument justifiée.

L'usurpation de titre s'applique à l'art dentaire comme à la médecine (C. Rennes, 29 juillet 1896).

Et le titre de chirurgien-dentiste ne peut, depuis la loi du 30 novembre 1892, être joint à celui de dentiste que si l'on a obtenu de l'État le diplôme créé par la loi nouvelle (Trib. civ. Seine, 10 novembre 1896).

Le diplôme est donc nécessaire pour prendre le titre (C. Paris, 22 décembre 1899), — Trib. civ. Lille, 1er avril 1901).

F. W.

Loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail. — Contestations entre victimes et chefs d'entreprises. — Frais funéraires et de maladie et indemnités temporaires. — Compétence du juge de paix en dernier ressort. — Demande en cessation d'indemnité temporaire. — Compétence du tribunal civil. — Juge des référés. — Expert.

Tribunal civil de la Seine (référés) : 16 décembre 1901.

Si la loi du 9 avril 1898 décide que les contestations entre les victimes des accidents du travail et les chefs d'entreprises, relatives aux frais funéraires et de maladie et aux indemnités temporaires, sont jugées en dernier ressort par le juge de paix, rien ne s'oppose, au cas où le débat porte sur le point de savoir si l'incapacité de travail de l'ouvrier est permanente ou temporaire, à ce que le patron fasse trancher au plus tôt ce point pour obtenir la cessation de l'indemnité temporaire.

Et, en pareille hypothèse, le tribunal civil étant compétent, le juge des référés l'est, par suite, au provisoire pour commettre, vu l'urgence, un expert chargé d'examiner l'état du blessé.

Note. — C'est dans ces termes qu'a été rendue cette décision (aff. *Chattelet*), reproduite par la *Gazette des Tribunaux* du 20 décembre 1901, et qui est de nature à intéresser nos lecteurs.

F. W.

LIVRES ET REVUES

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont ils nous envoient deux exemplaires sont annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à M. le Rédacteur en chef, 45, *rue de La Tour-d'Auvergne.*

Comptes rendus de la National Dental Association.

Nous avons reçu les (*transactions*) de la *National Dental Association.* Nous ne pouvons malheureusement donner le résumé de tous les intéressants travaux présentés aux différentes sections ; nous en résumons seulement quelques-uns, que nous pensons susceptibles d'intéresser plus particulièrement nos lecteurs.

M. J. Wilkinson, en dentisterie opératoire, fait l'histoire de l'abcès chronique et aigu. Il recommande les injections d'eau oxygénée pour laver le canal et l'acide phénique fort comme antiseptique. Le bichlorure de mercure serait préférable dans le cas d'abcès chronique. Enfin il conseille la réimplantation dans les cas de nécrose de l'apex, la présence de corps étrangers (tire-nerfs), la calcification, la perforation du cément, les canaux tortueux.

Naturellement les soins antiseptiques doivent toujours prendre la première place dans ces opérations variées.

Pour extraire la pulpe sans douleur et vivement, M. Darley décrit un nouveau procédé. Après avoir exposé la pulpe, il l'anesthésie d'abord avec un cristal d'acide phénique, puis, à l'aide d'une seringue spéciale non hypodermique, mais à canule très fine, il injecte de l'acide phénique et du chloroforme mélangés et à parties égales. Il obtient ainsi une anesthésie parfaite et peut pratiquer l'ablation de l'organe sans douleur aucune ; de plus, le procédé est très antiseptique.

Évolution de la molaire humaine et animale.

La question de l'évolution dentaire est mise au point par M. Thompson dans une communication très intéressante. Après avoir fait l'historique de la question, il montre que les molaires se différencient de la forme cône à mesure qu'on arrive aux mammifères à organisation supérieure. Chez les crustacés, ou plutôt dans leur estomac, chez certains insectes, des vestiges de dents, de surfaces triturantes, commencent à se montrer ; chez les poissons avec palais dentelés ou à

dents implantées dans le maxillaire, la forme cône commence à se différencier, mais il faut arriver jusqu'aux lézards pour voir la genèse de la tuberculisation des dents molaires ou prémolaires. Chez les insectivores les tubercules sont pointus ; chez les carnivores ils sont réduits ; chez les omnivores ils sont arrondis ; chez l'homme ils sont plus accentués que chez tous les omnivores. En somme du cône primitif dérivent les dents à tubercules. M. Thompson cite à l'appui les naturalistes qui se sont occupés de la question.

L'antisepsie de la bouche et de la face.

M. Logan passe en revue les différentes opérations que le chirurgien doit pratiquer pour réaliser l'antisepsie dans les opérations, le lavage des parties cruentées, des plaies de chirurgie, et l'arrêt des hémorragies (ne jamais employer de poudre styptique dans une plaie non antiseptique, la réunion par première intention ne se faisant pas). Il faut toujours employer des pansements secs pour lés plaies aseptiques de la face; on les saupoudre d'acide borique humecté d'alcool, et le pansement retenu par du collodion aux bords doit rester ainsi cinq ou six jours.

Pour les plaies de la cavité buccale, l'auteur recommande de changer le milieu alcalin buccal physiologique (milieu favorable aux staphylocoques et aux streptocoques). Il cite des expériences faites sur des chiens, expériences de blessures infectées et guéries par l'acide lactique ou l'acétate de potasse en solutions. Ces expériences dans la bouche des chiens sont concluantes et il annonce qu'il va entreprendre pour la cure des abcès et des kystes dentaires des expériences sur l'homme avec ces médicaments.

Dans la section de dentisterie proprement dite M. Griswold montre un système de bridge-work mobile, tandis que M. Shields présente une dent idéale pour couronne et travaux à pont.

A propos de l'éducation populaire dentaire M. Corley parle de tout ce qui a été écrit, tenté et pratiqué pour parvenir à inculquer aux peuples les principes d'hygiène dentaire. Après avoir passé en revue les différents systèmes, il propose à l'assemblée de faire ce que l'*Alabama Association* a inauguré : des *conférences*. Ces conférences seraient faites par un membre de l'Association choisi et rétribué, sous la direction de l'Association, les frais étant payés par les confrères locaux. Dans l'Alabama elles ont donné des résultats ; il se demande pourquoi on n'en ferait pas partout aux Etats-Unis ou dans les différents pays du monde.

Nous ne pouvons que nous associer à cette idée des conférences et avec M. Corley, dont nous partageons entièrement les idées, puisque nous avons déjà parlé de cette question pour les campagnes, nous

souhaitons que l'exemple de l'association de l'Alabama soit suivi par toutes nos associations, quelles qu'elles soient.

C. CHARPENTIER.

Die Porzellan-Füllung.

La *Berlinische Verlagsanstalt*, 15 Claudiusstrasse, Berlin, met en vente un petit manuel des *Obturations de porcelaine*, rédigé par M. H. J. Mamlok, chirurgien-dentiste dans cette ville. Dans cet ouvrage de 52 pages, illustré de 85 figures, le praticien trouvera des indications très précieuses pour l'obturation des dents avec de la porcelaine et l'emploi de cette matière dans les cas spéciaux.

NOUVEAU JOURNAL.

Un nouveau journal dentaire en allemand paraît à Leipzig chez M. le Dr F. Poppe, éditeur, sous la direction du Dr Abraham, chirurgien-dentiste à Berlin. Il est mensuel; c'est une revue des articles scientifiques ou d'intérêts professionnels publiés dans les principaux journaux dentaires.

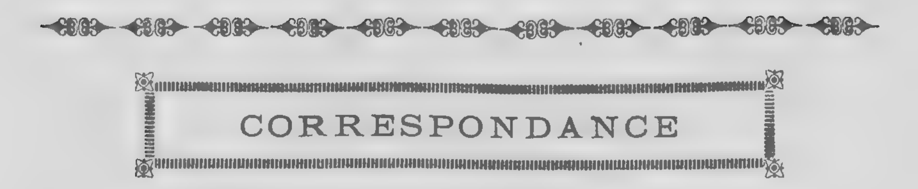
Bonne chance à notre nouveau confrère.

Sulle esigenze dello insegnamento odontoiatrico e sul programma di esso.

Notre confrère, M. Vincenzo Guerini, vient d'adresser sous ce titre (*Des exigences de l'enseignement dentaire et de son progrmma*) un rapport au Ministre de l'Instruction publique d'Italie sur l'organisation d'un enseignement officiel de l'art dentaire. Le premier Congrès dentaire italien tenu à Naples l'an passé avait émis un vœu dans ce sens et chargé M. Guerini de le formuler dans un rapport, qui a été approuvé par la section d'odontologie du Conseil sanitaire de la ville et de la province de Naples. C'est de ce document que notre excellent confrère a bien voulu nous envoyer un exemplaire. Il suffit de parcourir ce travail, dont nous avons publié une analyse très complète due à l'auteur lui-même (nº du 15 décembre, p. 645), pour constater que l'auteur invoque souvent l'autorité de plusieurs des collaborateurs habituels de *L'Odontologie*. Il conclut en formulant le vœu que l'Italie soit bientôt dotée de bonnes et de véritables écoles dentaires, dans lesquelles l'enseignement de la clinique dentaire et de la prothèse soit uniquement confié à des dentistes, et qu'il soit créé un diplôme spécial de dentiste obtenu à la suite d'études spéciales complètes et d'examens théoriques et pratiques sur toutes les matières de l'enseignement odontologique et prothétique.

Geschichtliches zur Behandlung der Gaumendefecte.

Le Dr J. Christ, médecin et chirurgin-dentiste à Wiesbaden, vient de publier un *Historique du traitement des défauts de la voûte palatine.* Dans cet exposé de 16 pages l'auteur examine avec grands détails cette question si intéressante de chirurgie. Il est allé aux sources elles-mêmes et les emprunts qu'il fait à Ambroise Paré et à ses successeurs l'éclairent d'un jour particulier. Cette brochure, éditée par Gustave Fischer à Iéna, témoigne d'une grande érudition chez l'auteur.



CORRESPONDANCE

26, Berkeley Square, Londres, W', le 20 décembre 1901.

Monsieur le Rédacteur en Chef,

J'ai lu avec beaucoup de plaisir la communication très intéressante de M. Mendel-Joseph dans *L'Odontologie* du 30 septembre, et sa correspondance avec mon ami M. Jules Choquet.

C'est moi, qui, il y a douze ans (On Dentogeny in « Dental Record », Août 1889,) ai démontré le premier que les odontoblastes ne forment pas la dentine.

Aujourd'hui, en Angleterre, ma théorie se répand. M. Charles Tomes a dit (*Journal British Dent. Association*, 1893, p. 474) «[1] We have always been accustomed to say that they (the odontoblasts) formed the whole of the dentine : now we know that they do not. .... I think their function is to furnish the soft contents of the dentinal tubes and to keep them open ». M. Howard Munmery a dit (idem déc. 1901, p. 676) «[2] he had arrived at the conclusion that the odontoblast did not take any part in the calcification of the pulp nodule » et le Dr Léon Williams a suivi avec l'observation suivante : «[3] he believed the cells (odontoblasts) which took part in the formation of the dentinal fibres, the matrix of dentine, were totally distinct. »

Ainsi mon opinion est confirmée.

Si vous croyez que cette lettre a de l'intérêt pour vos lecteurs, je vous prie de me faire l'honneur de l'insérer dans votre prochain numéro .

Veuillez agréez, etc.

A. HOPEWELL-SMITH.

M. R.C. S., L. R. C. I. P., L. D. S.

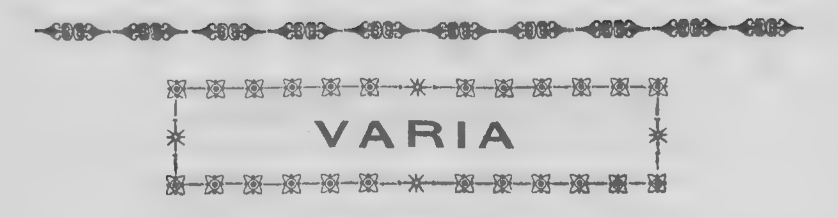
Assistant et démonstrateur d'histologie dentaire au *Royal Dental Hospital* de Londres.

---

1. Nous avons toujours été habitués à dire que les odontoblastes formaient la totalité de la dentine ; maintenant nous savons qu'il n'en est pas ainsi.... Je pense que leur fonction est de fournir le contenu mou des tubes dentinaires et de les maintenir ouverts.

2. Il est arrivé à la conclusion que les odontoblastes ne jouent aucun rôle dans la calcification des nodules de la pulpe.

3. Il croit que les cellules (odontoblastes) qui ont participé à la formation de la dentine des fibres dentinaires et la gangue de la dentine sont totalement distinctes.



VARIA

CH^n-DENTISTE

Un vieux dentiste parisien, mort il y a quelque dix ans, le père Préterre, qui arracha des dents par tombereaux, interrogé un jour par un de ses clients sur la signification de l'enseigne *Ch^n-Dentiste*, répondit : « C'est bien simple, cela veut dire « Charlatan-dentiste ». — Il s'y connaissait mieux que personne et nous ne le chicanerons pas sur cette traduction. Mais ce qui est certain, c'est que les charlatans dentistes ont singulièrement gagné en savoir et en considération, depuis la loi de 1893 qui les a astreints à conquérir un diplôme et à subir un examen devant la Faculté de médecine. Ils ne sont plus aujourd'hui les vulgaires extracteurs de molaires dont le public se gaussait quelque peu en accolant à leur titre de dentiste celui de charlatan. On a même vu tout récemment un ministre, et non des moindres, puisque c'est M. Millerand en personne, venir présider la distribution des récompenses à l'Ecole dentaire qui prépare au diplôme les jeunes praticiens.

Or, malgré la supériorité des études actuelles et malgré les difficultés d'un art qui exige de l'effort et du temps, les dentistes n'en sont pas moins tenus trop à l'écart des moyens de soulager leurs semblables. Les médecins, les chirurgiens sont l'objet de la sollicitude administrative sous toutes ses formes. Les dentistes semblent, eux, ignorés, et les maux de dents continuent leurs ravages.

Je m'explique et j'entre dans des observations bonnes à répandre dans le grand public, car on s'imagine bien que ce n'est pas pour la plus grande gloire des dentistes que j'écris cet article.

*
* *

Vous êtes au régiment, et aujourd'hui tout le monde y passe : on y a un fils, un frère, un parent. Parmi les deux mille hommes qui composent un régiment d'infanterie ou les mille hommes qui constituent un régiment de cavalerie, vous pensez bien qu'il y a chaque jour des soldats dont la mâchoire est en triste état. Quel est celui d'entre nous qui n'a pas été torturé par cet horrible mal ? Ce sont des nuits atroces à passer !

Eh bien ! dans les régiments de notre bonne armée française, il n'y a pas un seul dentiste. Quand un soldat, un bon innocent, se

présente à la visite, la joue fluxionnée, le major lui rit au nez, et si d'aventure le pauvre troupier exprime le vague désir qu'on lui extirpe sa molaire, le médecin militaire l'envoie à l'ours d'un geste de mépris : « Est-ce que tu me prends pour un dentiste, mon garçon ?... Faudrait voir à ne pas te ficher de moi. » C'est toute la réponse qu'il obtient. Les médecins militaires, du haut de leur grade de docteur, ne veulent pas s'abaisser à faire un métier qu'ils considèrent comme tout à fait au-dessous d'eux. Le soldat est obligé de recourir à la camaraderie d'un infirmier quelconque qui, armé d'une clef de Garangeot, vestige des âges préhistoriques, lui massacre la mâchoire, détermine des hémorragies, parfois très dangereuses, et le laisse pantelant avec le maxillaire brisé. Tout cela au milieu des éclats de rire de la chambrée.

Quand ce n'est pas un infirmier, c'est quelque vieille sœur de l'hôpital qui s'acharne après la dent, la luxe, la casse, et laisse dans la plaie des éclats qui engendreront la gangrène.

Nulle part, en un mot, il ne semble qu'on ait prévu dans l'armée les moyens de soulager ou de guérir un mal qui est archi-fréquent, au point que dans un régiment il y a toujours trente ou quarante hommes par jour qui souffrent de la mâchoire.

On a multiplié le nombre des médecins, on les a assimilés à des officiers du service actif ; les médecins principaux portent des képis à cinq galons et se laissent agréablement traiter de colonels ; ils sont prêts à couper les bras et les jambes de toute une division ; mais il n'y a personne pour extraire la molaire de Pitou qui souffre de malemort des semaines et des mois.

Pourquoi n'admettrait-on pas les jeunes dentistes diplômés à faire un service militaire abrégé, où, si cela paraît excessif, à remplir un emploi spécial au régiment avec charge expresse de donner les soins de leur art, avec des instruments convenables, à nos malheureux troubades ?

Est-ce que vraiment ce progrès ne s'impose pas ? Et comment se fait-il qu'on n'y ait jamais songé ? Est-ce que les ministres de la guerre n'ont jamais mal aux dents ? Peut-être, arrivés à ce grade, n'en ont-ils plus !

*
* *

Entrez dans l'hôpital d'une grande ville de province, et il y en a de magnifiques, de somptueux même. Vous y verrez des salles d'opération admirablement aménagées, construites suivant toutes les conditions propres à assurer une scrupuleuse antisepsie. Faites-vous ouvrir l'armoire aux instruments de chirurgie : c'est un arsenal à faire frémir. Il y a tout ce qu'il faut pour ouvrir des ventres, tarauder des crânes, broyer des pierres, reséquer des cartilages, scier des os ! Demandez

s'il y a un instrument pour arracher les dents : chacun se regarde. Pas le moindre davier, pas la plus mince des langues de carpe, rien ! On a tout prévu pour mettre en morceaux le corps d'un honnête homme, tout, sauf ce qu'il faut pour enlever une dent cariée.

Et alors que se passe-t-il ? Le malade, le vieillard, la pauvre femme s'adressent à qui ils peuvent pour les délivrer de l'atroce douleur. Presque toujours c'est une religieuse de l'hôpital, sans aucune habileté, qui procède à l'extraction et Dieu sait au prix de quels tournements de poignets, de quels grinchements d'acier, de quelles meurtrissures sanglantes elle finit par arracher la dent, cassée le plus souvent par tant de secousses.

Comme me le répétait un malade qui avait passé par cette odieuse torture, la sœur faisait tant d'efforts superflus, que, lasse, épuisée, la sueur au front, elle s'écria : « Je vais chercher le jardinier ; c'est un ancien gendarme, il a une bonne poigne, vous allez voir comme ça va venir. Moi je n'en peux plus ! »

*
* *

Un de mes amis, qui est membre du conseil supérieur de l'Assistance publique et qui visitait ces temps derniers des hôpitaux de province, s'est amusé à poser cette « colle » dans tous les grands établissements qu'il parcourait. Les médecins en chef, les médecins adjoints, les chirurgiens de toutes les espèces j'entends par là de toutes les spécialités, après lui avoir exposé leurs innombrables bienfaits, leurs plus originales inventions, recevaient de lui cette interrogation narquoise : « Et les dents, qui les arrache ? » Chacun des Esculapes pirouettait sur ses talons. « Les dents ? on ne les arrache pas. »

Cependant, un beau jour, un des médecins, indulgent pour tant de curiorité, ou peut-être mieux renseigné, répondit à mon ami :

« Qui arrache les dents ? C'est le concierge de l'hôpital.

— Je veux voir cet homme rare. Allons de ce pas à sa loge. »

Le concierge, fort surpris de cette visite et fort honoré, au surplus, déclara qu'effectivement il « tirait » les dents.

« Avec quel instrumeut ?

— Ma foi, je ne sais pas comment ça s'appelle ; le voilà. »

Et notre homme, en fouillant dans un tiroir où il y avait de vieux bouchons, de la ficelle, des oignons, une pipe, ramena une clef de Garangeot toute rouillée, dont les mors étaient souillés de sang et le manche tout visqueux de mousse sanguinolente.

« Ah ! c'est avec cela que vous arrachez les dents ? Et vous savez manier cet instrument comme il faut ?

— Ma foi ! c'est pas bien difficile, vous prenez comme ça la dent entre les pinces et le talon du manche, vous serrez fort, vous tournez

sec et vous tirez un bon coup. Ça vient ou ça casse, mais vous ne restez pas bredouille. C'est épatant, cet outil-là ! »

*
* *

Et c'est comme cela ou à peu près dans presque tous les hospices et hôpitaux de province. Est-il même bien sûr qu'il n'en soit pas de même à Paris ?

Dans tous les cas, au régiment il en est ainsi, et dans les multiples colonnes du budget de la guerre, qui se chiffre par plus d'un milliard, il n'y a pas un centime pour assurer des soins intelligents à la mâchoire de Pitou, qui gardera sa fluxion ou aura les maxillaires brisés, tant qu'un ministre de la guerre — homme de génie — n'aura pas chargé, dans chaque régiment, un dentiste de soulager un des maux les plus fréquents et les plus douloureux qui frappent les soldats.

Louis Manini.

(*Le Français*, 2 décembre 1901.)

Le Conseil d'administration de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris s'est occupé dans sa dernière séance de cet article. Plusieurs membres ont rappelé les discussions qui ont eu lieu dans divers congrès sur le sujet qui y est traité, ainsi que les mesures prises par le Ministre de la Guerre. La discussion s'est terminée par l'adoption de l'ordre du jour suivant :

« Le Conseil d'administration de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris, et celui de l'Association générale des dentistes de France remercient *Le Français*, son directeur, M. Poidats, et M. Manini, rédacteur, d'avoir bien voulu porter devant le public la question si intéressante du chirurgien-dentiste dans l'armée, dans le numéro du 2 décembre courant. »



A la Faculté de médecine.

Le monde studieux des étudiants en médecine va sous peu être en émoi. Dans la première séance du Conseil de la Faculté, qu'il a présidée le jeudi 19 décembre, le nouveau doyen, M. le docteur Debove, a prévenu ses collaborateurs qu'il leur ferait part, en comité secret, de plusieurs projets de réforme.

Or, nous savons de source certaine qu'au nombre de ces projets en figure un particulièrement cher au cœur du doyen. Le docteur Debove tient, paraît-il, à établir lui-même les *séries d'examens*, c'est-à-dire à composer personnellement les jurys et à leur fixer les candidats qu'ils devront examiner, tout au moins par voie de tirage au sort.

Auparavant, sinon en principe, du moins en fait, les étudiants en médecine pouvaient choisir leur jury.

Ecole dentaire de Paris.

MM. Bioux, Bonnard, d'Argent, Gillard, Martinier, Sauvez, Stévenin, Viau, Blatter, Cecconi, Baëlen, ont été nommés membres du Conseil de direction de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris dans l'assemblée générale du 21 décembre.

Erratum.

Dans le n° du 15 décembre, p. 664, 14° ligne, lire Cousine Jeanne au lieu de *Causerie Jeanne*.



TRIBUNE OUVERTE.

QUESTIONS ET RÉPONSES.

N. B. Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier les questions qui nous seront adressées et nous serions heureux que cette insertion provoquât des réponses, que nous accueillerons tout en *déclinant toute responsabilité au sujet des opinions émises.*

Toutefois nous ne pouvons donner suite qu'aux questions ou réponses signées ; mais la publication peut en être faite sous un pseudonyme choisi par l'auteur. *Prière de ne pas insérer ces communications dans le corps d'une lettre, mais sur feuillet spécial écrit d'un seul côté.*

? N° 172. — *A quoi faut-il attribuer la teinte rougeâtre que prennent certaines dents anglaises après le travail de la soudure ?* J. P.

? N° 176. — *Dans la pratique de l'anesthésie par le protoxyde d'azote, est-il préférable d'employer la méthode de F. Mervitt (protoxyde et oxygène) ? Cette méthode fait-elle encourir plus de responsabilité que l'emploi de la cocaïne ?*

UN ABONNÉ.

? N° 190. — *Y a-t-il différentes qualités de dents artificielles d'une même marque ? Les fournisseurs peuvent-ils ainsi acheter des dents de qualité inférieure, ce qui expliquerait le grand nombre de fractures des dents artificielles ?*

A. A.

? N° 191. — *Le dentiste non diplômé a-t-il le droit d'employer les anesthésiques réfrigérants et de s'en faire une réclame sur les journaux ?*

A. A.

? N°.192. — *En vertu de la loi du 30 novembre 1892 (art. 12), les chirurgiens-dentistes sont-ils, en cas de faillite, considérés comme créanciers privilégiés, — alors qu'il ne s'agit exclusivement que de soins donnés, et qu'il n'y a pas eu de fourniture d'appareil ?*

PH. L.

☞ *Réponse.* — La question est posée en termes trop généraux et elle est trop complexe, pour qu'il y puisse être fait une courte réponse.

L'article 2101 du Code civil confère, on le sait, à certaines créances un privilège sur la généralité des meubles du débiteur dans l'ordre que voici : les frais de justice, les frais funéraires, les frais de la dernière maladie, etc.

En ce qui touche les frais de la dernière maladie, il était admis autrefois que le privilège s'étendait à tous ceux qui avaient été appelés à donner leurs soins au malade, médecins, chirurgiens, pharmaciens, etc. Mais il n'était question de frais privilégiés que relativement à la maladie à laquelle le débiteur avait succombé ; en cas de déconfiture ou en cas de faillite du débiteur, il n'y avait point de privilège.

Et même si le débiteur était mort d'une maladie *chronique* soignée durant plusieurs années, le juge avait pouvoir de déterminer la durée du privilège, et, d'ordinaire, il n'y avait de protégé dans la créance que ce qui se rapportait à la période durant laquelle le mal avait pris un caractère alarmant et laissé entrevoir la fin prochaine du malade.

La loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine (art. 12) a modifié cet état de choses, en substituant un nouveau texte à l'ancien 3e de l'art. 2101, et donnant le caractère privilégié « aux frais quelconques de la dernière maladie, *qu'elle qu'en ait été la terminaison*, concurremment entre ceux à qui ils sont dus ».

C'est une pensée d'humanité qui a dicté cette réforme et amené le législateur

à décider que désormais le privilège serait indépendant de l'issue de la maladie. De cette façon, un débiteur obéré n'aura plus à craindre de se voir refuser les soins que peut réclamer son état, puisque ceux à qui il s'adressera pourront désormais avoir la certitude d'être payés, sans désirer pour cela la mort de celui qu'ils auront traité !

Il en résulte que la protection s'étend aux frais quelconques à l'aide desquels il a été fait face au traitement ou au soulagement du malade, mais à 2 conditions :

1° Qu'il ne s'agisse que de la dernière maladie traitée par le créancier;

2° Que le traitement ait pris fin.

Et, suivant nous, en présence de la généralité des termes de la loi, la faveur s'étend même aux maladies chroniques qui se seraient prolongées durant un temps assez long, à la condition toutefois que le délai de 2 ans, limite fixée par la loi de 1892 pour la *prescription*, n'ait pas été dépassé.

Le créancier peut donc réclamer le paiement par privilège de toute la partie de la créance que n'atteint et n'éteint pas la prescription.

Mais, aux termes de la jurisprudence, l'exercice du privilège ne s'exerce pas :

1° Lorsqu'il ne s'agit pas de soins ininterrompus (Cass. 3 août 1897, arrêt relatif à des médicaments fournis à longs intervalles par un pharmacien) ;

2° Lorsque les soins ont été donnés à d'autres qu'au débiteur lui-même, par exemple, aux membres de la famille, à la femme, aux enfants du failli (à la différence de ce qui se passe pour le privilège portant sur les fournitures de subsistances faites au débiteur failli et à sa famille).

Mais ce serait, bien entendu, au créancier qu'il incomberait d'établir que le traitement donné s'appliquait à d'autres personnes qu'au seul débiteur.

Toutefois, le pouvoir discrétionnaire des tribunaux demeure entier pour déterminer quelles peuvent être les dépenses à privilégier comme découlant du traitement. Il y a lieu, en ce cas, de tenir compte des circonstances.

Ainsi, le privilège ne peut garantir (car les privilèges sont de droit étroit) que les dépenses qui ont réellement pour cause le traitement de la dernière maladie soignée, et il conviendra d'apprécier, à cet effet, l'état du malade et les besoins de la maladie.

Il ne sera, dès lors, pas permis au créancier d'invoquer l'art. 2101-3° pour le traitement de maladies successives; mais les diverses périodes d'une maladie, même chronique, ne constitueraient pas autant de maladies distinctes; car lorsque la maladie est nue dans son principe, tous les frais qu'elle a entraînés doivent être également garantis par le privilège.

Dès avant même la loi de 1892, la jurisprudence avait eu à se prononcer sur certaines des difficultés que nous venons de passer en revue, et un jugement du *tribunal de Montargis du 3 mai* 1860, contredit, il est vrai, par une décision du *tribunal de commerce de Chartres du* 26 *août* 1865, mais confirmé en 1888 par un nouveau jugement de Montargis, rapporté dans la *Semaine médicale du* 17 *septembre* 1888, avait étendu le privilège aux frais de maladie de la femme du failli ne remontant pas à plus d'un an.

Depuis, la loi de 1892 s'est expliquée nettement, et il ne semble plus douteux que le créancier ait des droits à faire valoir dans la faillite de son débiteur, même pour des soins donnés à la femme de celui-ci (V. *Justice de paix Ostende,* 31 *mars* 1896).

Mais lorsque le créancier d'une faillite sera un chirurgien-dentiste, le privilège du § 3 de l'art. 2101 pourra-t-il encore être invoqué ?

Nous ne voyons pas les raisons sérieuses qui pourraient être mises en avant pour contester au praticien le droit de se réclamer de l'art. 2101, s'il s'agit, bien entendu, du traitement personnel du failli et des derniers soins donnés avant que la faillite ait été déclarée.

La loi de 1892, qui s'applique, suivant nous, aussi bien aux dentistes qu'aux médecins, chirurgiens, accoucheurs, officiers de santé, pharmaciens et sages-femmes, ne fait aucune distinction. Elle parle des *frais quelconques* occasionnés par la maladie soignée en dernier lieu, que le malade ait été ou non guéri, et que le traitement ait été interrompu par une cause ou par une autre (*quelle qu'ait été la terminaison*) : déconfiture, faillite ou mort.

Le *Répertoire encyclopédique du droit français* de *Carpentier et Frèrejouan du Saint* (V° dentiste, n. 98), s'exprime ainsi à cet égard : « Il convient de faire remarquer que ce privilège n'est pas accordé exclusivement aux médecins, et *que le bénéfice peut en être revendiqué par les dentistes.* D'une part, en effet, la loi

de 1892 considère l'art dentaire comme une branche de la médecine et fait des dentistes une catégorie spéciale de médecins. D'autre part, l'art. 2101 porte qu'il y aura *concurrence entre ceux à qui sont dus les frais quelconques de dernière maladie.* Cette expression générale comprend non seulement les médecins, mais encore les *dentistes*, les pharmaciens, les fabricants d'appareils, TOUS CEUX EN UN MOT QUI ONT PARTICIPÉ *aux soins donnés à raison de la dernière maladie.* »

Supposons, par exemple, qu'à raison du traitement le dentiste obligé *d'anesthésier* le malade, ait fait appel au concours d'un médecin. La dette est née concurremment au profit du médecin et du dentiste, et le premier seul aurait droit d'être payé ? Cette conséquence serait illogique, et ce n'est certainement pas ce qu'a voulu le législateur.

C'est dans le même sens, au surplus, que se prononcent *MM. Lechopié et Floquet* dans leur *Droit médical* ou *Code des médecins* (p. 231) : « La loi accorde un privilège aux médecins, pharmaciens, sages-femmes, gardes-malades, et *généralement pour tous les frais de la dernière maladie.* »

Et ils ajoutent, dans la *Nouvelle législation médicale* (p. 113) : « Les expressions : *concurremment entre ceux à qui ils* (les frais) *sont dus*, qui se trouvaient dans l'art. 2101, n'étaient pas reproduits dans le projet voté par la *Chambre.* Nous en avons fait l'observation, et la rectification a été effectuée par la *Commission du Sénat.* Elles précisent, peut être mieux, que la *disposition ne vise* PAS EXCLUSIVEMENT *les médecins,* MAIS TOUS CEUX *qui ont fourni des soins ou remèdes dans la dernière maladie.....* »

Cette argumentation nous paraît décisive, et c'est à elle que nous nous rallions sans hésiter.

F. W.

? N° 193. — *Pourriez-vous m'indiquer quels sont les traités et manuels sur l'Orthodontie et les redressements les plus importants en* FRANÇAIS, *en* ALLEMAND *et en* ANGLAIS ?

Dr H.

COMPTE RENDU DU 3e CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

Le 1er vol. du Congrès, contenant toutes les Assemblées générales, est à peu près terminé; il sera adressé aux adhérents dans le courant du mois de janvier.

Nous prions ceux de nos lecteurs qui n'étaient pas adhérents au Congrès et qui désirent recevoir les 3 volumes d'envoyer au plus tôt leur adhésion.

Les fournisseurs et fabricants de produits dentaires qui voudraient utiliser la publicité jointe à ces volumes, qui doivent être tirés à 1.600 ex. : d'en aviser immédiatement M. le Dr Sauvez, 17, rue de Saint-Pétersbourg.

L'Évolution de l'Art dentaire. — L'ÉCOLE DENTAIRE, son histoire, son action, son avenir, par le Dr Ch. GODON, directeur de l'École dentaire de Paris. 1901, 1 vol. gr. in-8, 366 pages et planches. 10 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

L'auteur passe d'abord en revue l'évolution de l'art dentaire à travers les âges. Il nous montre qu'à toutes les époques, dans les civilisations des Egyptiens, des Grecs, des Romains, des Arabes, l'art dentaire a été exercé par des spécialistes, comme il l'est de nos jours. Il divise cette partie historique en une période pratique et une période scientifique. La première remonte à la plus haute antiquité pour se terminer à la fin du XVIIe siècle; la seconde débute en 1727 par la publication du premier ouvrage d'art dentaire « *Le Chirurgien-Dentiste* » de Pierre Fauchard et se poursuit avec la fondation de la première société odontologique et surtout de la première école dentaire en 1839 aux Etats-Unis.

L'odontologie, science nouvelle, réalise des progrès rapides et importants pendant les soixante dernières années, grâce à la multiplicité des écoles dentaires créées dans tous les pays (elles sont actuellement au nombre de plus de 150). Le compte rendu sommaire que donne l'auteur de l'important Congrès dentaire international tenu à Paris au mois d'août 1900, et qui s'est terminé par la constitution d'une Fédération dentaire internationale, permet de constater ces résultats.

Dans la deuxième partie de son étude l'auteur a pris surtout pour type de l'évolution scientifique de l'odontologie l'Ecole dentaire de Paris, dont il raconte l'histoire. Il nous fait apprécier l'influence qu'elle a exercée sur la renaissance des études odontologiques en France par les œuvres dont elle a provoqué la création et le développement, et auxquelles est due la situation sociale du nouveau chirurgien-dentiste créé par la loi sur la médecine du 30 novembre 1892.

Deux tableaux synoptiques du programme d'enseignement, l'un de l'année 1880, l'autre de l'année 1900, placés à la fin de l'ouvrage, résument les progrès réalisés pendant ces vingt dernières années. Une troisième partie est consacrée à l'avenir de l'enseignement et des écoles dentaires.

L'ouvrage se termine par des conclusions qui représentent les principaux desiderata des chirurgiens-dentistes de tous les pays.

L'administration de *L'Odontologie* prie ceux des souscripteurs à la thèse du Dr Godon qui ont reçu le volume sans en avoir envoyé le montant, d'adresser à M. Ed. Papot la somme de 6 fr. 25 pour Paris, 6 fr. 85 pour les départements et 7 fr. pour l'étranger.

INDEX ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

2e semestre 1901.

A

B

CORRESPONDANCE.

D

DERNIÈRE HEURE.

DOCUMENTS PROFESSIONNELS.

E

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS.

O

P

PROCÉDÉS ET PERFECTIONNEMENTS.

Q

R

REVUE ANALYTIQUE.

REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX DE MEDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE.

REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX DENTAIRES ETRANGERS.

REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX PROFESSIONNELS FRANÇAIS.

REVUE CLINIQUE.

REVUE DE L'ÉTRANGER.

S

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE, p. 183.

BRITHISH DENTAL ASSOCIATION.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE.

SOCIÉTE D'ODONTOLOGIE DE PARIS.

Avis relatif au recouvrement des cotisations

Les membres de l'Association et les abonnés du Journal domiciliés dans les *Colonies* ou à l'*Etranger*, qui ont des *cotisations en retard*, sont priés de bien vouloir en adresser le montant, en un mandat-poste international ou en un chèque sur un établissement financier de Paris.

Pour L'ASSOCIATION, au *Trésorier :* Jules d'Argent................ } **45, rue de La Tour - d'Auvergne, Paris.**
Pour le JOURNAL, à l'*Administrateur Gérant :* Ed. Papot............. }